

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Syndrom vyhoření u zdravotních sester
Burn out syndrome in nurse's work

Hana Levová

Bakalářská práce
2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana LEVOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Syndrom vyhoření v práci zdravotní sestry**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl:

Zmapovat situaci výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester.

Předpoklady:

Domnívám se, že ke vzniku syndromu vyhoření mají nejblíže sestry s více jak dvacetiletou praxí.

Předpokládám, že 60% dotazovaných respondentů nepoužívá opatření minimalizující rozvoj syndromu vyhoření.

Metody:

1. Nestandardizovaný dotazník s uzavřenou formou otázek.
2. Rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

40-50 stran

Forma zpracování bakalářské práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro; PEČENKOVÁ, Jaroslava. Duševní hygiena zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004.

KALLWAS, Angelika. Syndrom vyhoření v práci i v osobním životě. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o; 2007.


Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Hana Bláhová


Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 30. března 2008

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. dubna 2009


prof. Ing. Vojtěch Konopa, CSc.
rektor




prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.
pověřen vedením ústavu

V Liberci dne 30. března 2008

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

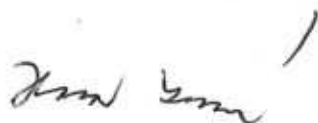
Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 30.3.2008

Podpis:



Poděkování:

Děkuji Mgr. Haně Bláhové za poskytování odborných rad a podnětných připomínek při vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili empirického výzkumu, za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Anotace

Syndrom vyhoření u zdravotních sester

Bakalářská práce je zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester. V teoretické části jsou na základě prostudované literatury shrnuty poznatky o syndromu vyhoření, stresu a stresových situacích v souvislosti s vykonáváním profese zdravotní sestry. Závěrem teoretické části jsou popisovány možnosti prevence syndromu vyhoření. Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno, že na vznik syndromu vyhoření má nejvýraznější vliv dané oddělení. V tomto případě je to oddělení ARO a chirurgie JIP, kde byl zjištěn nejvyšší výskyt faktorů, přispívajících ke vzniku syndromu vyhoření, oproti ostatním zkoumaným oddělením. Na rozvoj syndromu vyhoření se naopak nepodílí faktor výše dosaženého vzdělání. Vše je doloženo přehlednými grafy ve výzkumné části. Východiskem průzkumného šetření bylo oddělení ARO, chirurgie JIP, dětské a interní oddělení.

Klíčová slova

Syndrom vyhoření, stres a pracovní zátěž, profese sestry a organizace práce sester, pracovní prostředí, prevence a náprava vyhoření.

Abstract

Burn out syndrome in nurse's work

The aim of the thesis is to analyse the burnout syndrome within the nursing field. The abstract summarizes the fundamental theoretical issues concerning the syndrome at a workplace. The result of the survey conducted via questionnaires reveals that the most significant factor contributing to the extent of the burnout effect depends on the kind of ward in which a nurse works. Having analysed and compared the results of the survey, the conclusion is that the ARO ward and the surgery intensive care unit (JIP) are affected most significantly. The most important factor which leads to the burnout effect is the demanding nature of the work combined with the higher rate of medical cases. On the contrary the level of education doesn't lead to the burnout effect. The survey was conducted at the ARO unit, the surgery intensive care unit (JIP), the children ward and the internal ward of different hospitals.

Keywords

Burnout effect, stress and workload, nursing, nursing work organization, workplace, prevention and elimination of the burnout effect

1	ÚVOD	9
2	STRES A ZÁTĚŽE VE ZDRAVOTNICTVÍ PŘI PRÁCI ZDRAVOTNÍ SESTRY.....	11
2.1	PROFESE SESTRY A ORGANIZACE PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	11
2.2	PŘÍZNAKY STRESU	12
2.3	ZÁTĚŽE V PRÁCI SESTRY	13
2.4	VZTAH SESTRA A LÉKAŘ.....	14
3	SYNDROM VYHOŘENÍ	15
3.1	PŘÍČINY A PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	16
3.2	STÁDIA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	17
3.3	DOPADY SYNDROMU VYHOŘENÍ NA PRÁCI S LIDMI	18
4	PREVENCE A NÁPRAVA VYHOŘENÍ	19
4.1	PREVENCE NA ÚROVNI JEDNOTLIVCE.....	19
4.2	PREVENCE NA ÚROVNI ORGANIZACE	22
4.3	PODPORA A ROZVOJ TÝMOVÉ SPOLUPRÁCE.....	23
5	VÝZKUM V OBLASTI VYHOŘENÍ	25
6	ZÁVĚR	26
7	EMPIRICKÝ VÝZKUM.....	28
7.1	VÝZKUMNÉ METODY	28
7.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	29
7.3	PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	29
8	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU.....	30

8.1	OBEČNÁ ČÁST DOTAZNÍKU	30
8.2	SPECIÁLNÍ ČÁST DOTAZNÍKU	32
9	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	45
9.1	HYPOTÉZA ČÍSLO 1.	45
9.2	HYPOTÉZA ČÍSLO 2.	48
9.3	HYPOTÉZA ČÍSLO 3.	49
9.4	HYPOTÉZA ČÍSLO 4.	51
9.5	HYPOTÉZA ČÍSLO 5.	54
10	ZÁVĚR A ZHODNOCENÍ VÝZKUMU	58
11	POUŽITÁ LITERATURA	60
12	SEZNAM PŘÍLOH A TABULEK.....	61
13	TABULKY A PŘÍLOHY	62

1 Úvod

Tématem mé bakalářské práce je syndrom vyhoření. Toto téma považuji za zajímavé a aktuální. Podnětem pro danou problematiku mi byla nejen aktuálnost tématu, ale především pak fakt, že se i já osobně v roli zdravotní sestry s tímto problémem mohu setkat ve své práci.

V posledních deseti letech stoupá v České republice zájem o tuto problematiku, což se projevuje vzrůstající medializací tématu syndromu vyhoření. Vzhledem k tomu, že v posledních letech došlo ve zdravotnictví k poměrně bouřlivým změnám, které kladou na práci zdravotní sestry ještě vyšší nároky, než tomu bylo doposud, je nutnost zabývat se problematikou syndromu vyhoření stále naléhavější. Syndrom vyhoření může postihnout v podstatě kohokoliv, ale nejvíce ohroženou skupinou jsou lidé pracující v takzvaných „pomáhajících profesích“. U zasažených jedinců postihuje syndrom vyhoření oblast tělesnou, psychickou i duševní. Takový pracovník je pak podrážděný, citově otupělý a nedokáže v různých situacích adekvátně reagovat. Následkem toho je snižovaná kvalita ošetrovatelské péče a dokonce může dojít i k ohrožení bezpečnosti pacienta. V kontextu celého zdravotnického systému dochází k vysoké fluktuaci sester a k nárůstu pracovní neschopnosti. Drtivou většinu postižených ve zdravotnictví představují ženy, které se pak někdy nepříznivou situaci snaží řešit alkoholem nebo jinými návykovými látkami.

Bakalářskou práci člením na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části se zabývám obecnými aspekty profese sestry, původci stresu, syndromem vyhoření, diagnostikou, stádií syndromu vyhoření a jeho dopady na jednotlivce i celou společnost. Dále popisuji preventivní opatření a nápravu syndromu vyhoření. Závěrem se zabývám vyhodnocením současné situace v oblasti výzkumu. Všechny údaje jsem se snažila na základě prostudované literatury vyhodnotit a logicky uspořádat. V empirické části jsem provedla šetření pomocí dotazníkové metody s alternativními, škálovacími a výčtovými otázkami a také metodu rozhovoru se sestrami. Dotazník byl určený pro sestry na interní a dětské oddělení a pro oddělení ARO a JIP. Měl za úkol analyzovat současnou situaci dané problematiky. Dotazníkové šetření probíhalo v Krajské nemocnici v Liberci na odděleních interny, ARO, chirurgie JIP a v nemocnici v Trutnově na dětském a novorozeneckém oddělení.

Cílem průzkumného šetření je zmapování rizika výskytu syndromu vyhoření na vybraných odděleních. Dílčím cílem je porovnání výsledků mezi jednotlivými odděleními. Jako hlavní hypotézy jsem si stanovila tato tvrzení: Myslím si, že ke vzniku syndromu vyhoření mají blíže sestry s více jak dvacetiletou praxí. Domnívám se, že 60% dotazovaných sester nepoužívá opatření minimalizující rozvoj syndromu vyhoření. Předpokládám, že 60% sester ovlivňují pracovní problémy jejich soukromý život. Domnívám se, že sestry s vysokoškolským vzděláním podléhají méně syndromu vyhoření, než sestry s nižším vzděláním. Myslím si, že sestry z oddělení ARO a JIP se cítí častěji extrémně vyčerpané po příchodu z práce, než sestry z dětského oddělení a z interního oddělení.

Domnívám se, že souhrnné výsledky šetření mohou být nápomocné pro pracovníky ve zdravotnictví, kteří by si měli být vědomi příčin a důsledků syndromu vyhoření. Dále pro jejich nadřízené pracovníky, kteří by si měli všímat příznaků syndromu vyhoření u svých podřízených a snažit se vytvořit takové prostředí a podmínky, které by snížily negativní dopady syndromu vyhoření. Výzkumné šetření může být nápomocné i pro další výzkumy v této oblasti.

Na závěr je třeba říci, že pro účinné řešení problému syndromu vyhoření u zdravotních sester je potřeba nejprve sjednotit výzkumy v této oblasti. Jedině tak přinesou spolehlivé výsledky, se kterými se bude moci dále pracovat. Poté problematiku detailně zpracovat a nakonec účelně řešit. Účelné řešení by mělo probíhat na úrovni vedení i na úrovni jednotlivce.

2 Stres a zátěže ve zdravotnictví při práci zdravotní sestry

Z hlediska psychologie lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. R. L. Atkinsonová shrnula charakteristické znaky stresových situací. Jsou to neovlivnitelnost situace, nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace, subjektivně nepřiměřené, nadměrné nároky, životní změna, která vyžaduje přizpůsobení a subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty. Neovlivnitelnost situace je situace, kterou člověk vnímá jako stresovou, protože ji nemůže nijak ovlivnit. Nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace znamená nemožnost předvídat určité události a připravit se tak na jejich zvládnutí. Subjektivně nepřiměřené, nadměrné nároky jsou nároky situace, které mohou dosahovat, až na hranici možností určitého člověka. Životní změna, která vyžaduje značné přizpůsobení, omezuje dosavadní zvyklosti člověka a tím znehodnocuje dosud funkční strategie chování. Za takovou stresovou situaci je považováno například úmrtí partnera. Subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty jsou takové konflikty, kdy si například muž vytvoří nový citový vztah, ale nemůže se rozvést, protože jeho žena je těžce nemocná. V tomto příkladu jde o konflikt potřeby vlastního uspokojení proti morálnímu tlaku. Stresová reakce probíhá v několika fázích. (Tabulka 1.) (Vágnerová, 1999.)

2.1 Profese sestry a organizace práce ve zdravotnictví

Na profesi sestry jsou kladeny poměrně velké nároky, které jsou shrnuty například v Etickém kodexu zdravotních sester z roku 1953. (Tabulka 2.)

Povolání sestry prodělalo ve velmi krátkém časovém období radikální změny. Tímto tématem se více zabývá sociologie zdravotnictví. V nemocnici existují tři okruhy a těmi jsou medicínský, ošetrovatelský a administrativní. Tyto systémy se navzájem překrývají, přičemž úplně na špičce vévodí lékařský okruh. Jak už název napovídá, každý okruh má své typické představitele. Medicínský lékaře, ošetrovatelský zdravotní sestru a administrativní úředníka. Komplexnost organizačních struktur vede k tomu, že ošetrovatelský personál je podřízen dvojím způsobem. Jednak lékaři a na druhé straně sesterskému managementu. Tato vícenásobná podřízenost s sebou přináší problémy.

Důležité je i to, jestli má sestra dobré podmínky pro výkon svého povolání a jestli kooperující profese a pacienti respektují její odbornou kompetenci. (Bartošíková, 2006.)

Role sestry prodělala v minulosti složitý vývoj a mění se i dnes. Po sestrách se vyžadují nové dovednosti a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, které provázejí nemoc jedince. Roli sestry ztěžuje především to, že je vnitřně konfliktní. Zdrojem tohoto konfliktu jsou pevně stanovené normy pro práci, které však sestra musí uplatňovat ve velmi jedinečných a mnohdy i komplikovaných situacích. Kromě toho sestry zastávají i řadu dalších rolí, které se snaží naplňovat v náročných pracovních podmínkách. Sestra se v nich však musí umět dobře orientovat a vědět, které kroky je nutné učinit. (Bartošíková, 2006.)

2.2 Příznaky stresu

Stres je jevem, se kterým se můžeme setkávat na každém kroku. Negativně ovlivňuje náš zdravotní stav po všech stránkách. Stres je definován jako vztah mezi dvěma silami, které působí protikladně. Z tohoto souboru dvou protikladných sil na nás působí negativně faktory stresorů a na druhé straně jsou pozitivně působící salutory, což jsou naše obranné schopnosti, pomocí kterých zvládáme těžkosti. (Tabulka 3.) Nejlepší situací je stav, kdy jsou stresory a salutory v rovnováze. Problémy nastávají ve chvíli, kdy síla stresorů je větší, než síla salutorů. Pak hovoříme o distresu, tj. patologicky působící stres. Pokud se člověk dlouhodobě pohybuje ve stresové situaci, může u něj s větší pravděpodobností dojít k syndromu vyhoření. (Křivohlavý, 1998.)

Psychické procesy, kterými se tělo snaží zvládat stres jsou takzvané „coping mechanismy.“ Tyto mechanismy nastupují jak plánovitě, tak i neplánovitě a vedou ke zmírnění nebo ukončení stresu. Rozlišují se dva základní způsoby zvládání. Zvládání zaměřené na řešení problému a zvládání, které je zaměřené na zlepšení emoční bilance, což je jakýsi způsob odreagování. Dále existují mechanismy psychické adaptace na stres, jejichž cílem je uchování psychické pohody. Vychází z fylogeneticky velmi starých mechanismů, kterými jsou obrana nebo útok. (Tabulka 4.) Během života si každý člověk vytváří svůj vlastní soubor adaptačních mechanismů pro zvládání stresu. Tento proces adaptace se rozvíjí jako odpověď na zátěž a má za cíl snižovat poškození celistvosti osobnosti a její citové rovnováhy. (Bartošíková, 2006.)

Psychická aktivace organismu při dlouhodobém stresu vede k fyziologickým a psychickým změnám, které mohou způsobit nemoci jako je hypertenze, porucha srdečního rytmu, svalová bolestivá napětí, psychické a fyzické vyčerpání např. syndrom vyhoření. (Bartošíková, 2006.)

Zvládání stresu záleží na typu osobnosti a na vnějších podmínkách. Ukázalo se, že vysoce stresogenní práce je charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost, nasazení pracovníka a to vše při současné nízké autonomii pracovní činnosti. (Bartošíková, 2006.)

2.3 Zátěže v práci sestry

Zátěže v práci zdravotní sestry vycházejí z podmínek pracovní činnosti, z diagnóz pacientů, které ošetřuje a také z jednotlivých osobnostních rysů pracovníků. Můžeme je rozdělit na fyzikální a chemické, psychické, sociální a emoční. Mezi zátěže fyzikální a chemické patří statická zátěž (stání u vizity, asistence u výkonů), dynamické zatížení (vyřizování, přecházení mezi provozy), zatížení páteře (zvedání pacientů, polohování, úpravy lůžka), zatížení svalového a kloubního systému, setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, rány), riziko infekce, narušení spánkového režimu při směnování, nedostatek klidu na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu, kontakt s léčivými, dezinfekčními prostředky, hluk, vibrace a radiační záření. Zátěže psychické (nároky na paměť, velká zodpovědnost za výsledky, neustálá pozornost, pružné reagování na změny a požadavky). Dále je to sociální zátěž (komunikace s příbuznými pacientů, nízké ohodnocení náročné práce, konflikt rolí). A nakonec emocionální zátěž (působení bolesti druhým, opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech, konfrontace s bolestí, s utrpením a se smrtí). (Bartošíková, 2006.)

Zdravotní sestra bývá vnímána okolím přes svou profesi, což má za následek, že se na ní lidé obracejí s radou i v době pracovního volna, kdy má sestra odpočívat a věnovat se jiným činnostem. Také v porovnání s lékaři jsou sestry častěji v kontaktu s pacientem a to prakticky po celou dobu své pracovní doby. Někdy si pacient vytvoří k sestře i velmi důvěrný vztah, až závislost nebo naopak pocity nedostatečnosti, selhání a studu. V důsledku toho bývají sestry často prvním nárazníkem a vznikají tak konflikty s pacienty nebo příbuznými. Při opakovaném a dlouhodobém setkávání se s utrpením a intimitou

člověka, dochází někdy u sester k pocitům bezmoci a nespravedlivého osudu, kdy mají pocit, že už pro pacienta nemohou více udělat. Na druhé straně se od sester očekává, že by měly být pacientovi oporou jak po stránce odborné, tak po stránce psychické a emocionální. Vyžaduje se od nich průběžné vzdělávání, v náplni své práce musí pružně a tvořivě reagovat, používat nové metody a materiály, ale přitom někdy ani nemají možnost řídit vlastní práci. (Bartošíková,2006.)

2.4 Vztah sestra a lékař

Vztah sestry a lékaře se mění v důsledku řady sociálních změn, ke kterým došlo ve společnosti. Upozorňuje se na to, že vzájemný vztah mezi lékařem a sestrou je variací v závislosti na různých okolnostech. Tento vztah je komplikován organizační strukturou v nemocnici, kdy se sestra musí podřízovat příkazům lékaře i sesterského managementu. Tato dvojnásobná podřízenost může vést k narušení vztahu sestra a lékař. Další potíže lze spatřovat v tom, že profesi sestry vykonávají převážně ženy a ty po nástupu do práce často odchází na mateřskou dovolenou nebo opouštějí zaměstnání z důvodů rozčarování z praxe. Lékaři tak chápou povolání sestry jako dočasné, bez hlubších závazků a s nižším vzděláním. (Bártlová,2005.)

Spolupráce sestry a lékaře by měla být na úrovni rovnoprávných vztahů, jak je tomu ve vyspělých státech Evropské unie. To s sebou přináší nutnost změnit postoje a chápání vztahu lékař a sestra. Vyvážený partnerský vztah totiž přispívá i ke zkvalitnění poskytované péče. Ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci lékařské a ošetrovatelské péče vzniká řada problémů. S rozvojem moderního ošetrovatelství se lékaři cítí ohroženi vysokoškolsky vzdělanými sestrami a stále vnímají sestru jako jim podřízenou pracovníci, která musí plně respektovat a plnit jejich příkazy. V důsledku toho jsou pak sestry nespokojeny s nižším respektem ze strany lékařů k ošetrovatelství. Každodenní interakce lékaře a sestry výrazně ovlivňuje morálku sester. Z toho vyplývá, že při řešení fluktuace sester ze zdravotnictví, je nutné zabývat se také kvalitou vztahu sestra a lékař. Navrhují se různé strategie, jako vytváření více příležitostí pro spolupráci a komunikaci prostřednictvím seminářů, diskusí a vytvoření pracovní politiky, při níž se nebude tolerovat nevhodné chování. Je vhodné seznámit sestry a lékaře se zásadami etického kodexu. (Bártlová, 2005.)

3 Syndrom vyhoření

V anglicky mluvících zemích se používá termín „*burn out*“, což znamená vypálit nebo vyhasnout. Poprvé tento pojem použil psychoanalytik Herbert J. Freudenberg v roce 1974. Původně tím popsal stav dobrovolných charitativních pracovníků. Dnes se tak označuje psychický syndrom, který postihuje kdysi idealistické a vysoce motivované osoby, které vyhořely v důsledku velkého pracovního nebo soukromého zatížení. (Vollmerová, 1998.)

Zdravotnictví bylo jedním z prvních oborů, které upozornilo na problematiku syndromu vyhoření. Především to byla situace zdravotních sester v hospicech, které poskytují umírajícím paliativní péči. Obdobné to bylo na odděleních, kde umíralo poměrně velké procento pacientů a kde účinnost terapie je velmi nízká. Další nejčastější výskyt syndromu vyhoření ve zdravotnictví byl zjištěn na jednotkách intenzivní péče. Po této první vlně se ukázalo, že situace není lepší ani u sester pracujících na gerontologii, neurologii, interně a na koronárních jednotkách. I u lékařů se syndrom vyhoření vyskytuje ve vyšší, než průměrné výši. (Křivohlavý, 1998.)

Pines a kolektiv definují vyhoření jako: „*Výsledek neustálého nebo opakovaného emočního tlaku, spojeného s účastí s lidmi po dlouhá období. Taková intenzivní účast je obvyklá zejména ve zdravotnických a školských profesích a v sociálních službách, kde je náplní práce zabývat se psychickými, sociálními a tělesnými problémy druhých lidí. Vyhoření je bolestné zjištění, že již nedokážou pomáhat lidem v nouzi, že již v sobě nemají nic, z čeho by mohli rozdávat.*“ (Hawkins, Shonet, 2006. s. 33.)

Pro syndrom vyhoření je typické, že se u něj projevuje několik určujících charakteristik, což jsou psychické, tělesné a emocionální vyčerpání, změny v sociálních vztazích, depersonalizace a snížení pracovního výkonu. K běžnému životu patří stres a pokud je přiměřený a nepůsobí příliš dlouho, může být někdy i prospěšný. Jde o univerzální jev, se kterým se setkávají všichni lidé. Vyhoření bývá klasifikováno až jako poslední fáze stresové odpovědi organismu. (Bartošíková, 2006.)

Od syndromu vyhoření musíme rozlišit depresi, která je projevem duševní poruchy. I když vyhoření může v některých projevech, jako je smutná nálada a pocit marnosti, připomínat vyhoření, liší se od ní hlavně tím, že je vázáno výhradně na pocity z práce a

v době odpočinku nebo na dovolené tyto pocity mizí. Zhoršení se objeví ihned po návratu do práce. (Bartošíková, 2006.)

Únava u syndromu vyhoření je stálá a bývá spojena s pocity viny a selhání, zatímco u prosté únavy si stačí odpočinout. Některé únavové syndromy se také mohou v klinickém obraze podobat vyhoření. Vodítkem je zde dominující emocionální vyčerpání. Chronický únavový syndrom vykazuje též více somatickým projevů, než je tomu u syndromu vyhoření. (Bartošíková, 2006.)

Třetí jednotkou, která se projevuje jako vyhoření je syndrom depersonalizace. Provází řadu psychických onemocnění, kdy si nemocní stěžují na sníženou představivost a neschopnost cítit bolest ani lásku. Tento syndrom se může někdy projevovat samostatně i u lidí zcela zdravých. (Bartošíková, 2006.)

3.1 Příčiny a příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření ohlašuje celá řada symptomů. Postižený se celkově cítí špatně, je emocionálně, duševně a tělesně unavený. Má pocity beznaděje a bezmoci, nemá radost z práce ani ze života. Vyhoření se začíná projevovat plíživě, není důsledkem akutních izolovaných traumatických zážitků. Je charakterizováno únavou, zvláště emoční, projevující se nedůvěrou, necitelností až otrlostí ve vztahu k lidem. Postižený vidí vše, co se týká pracovního okruhu černě, má větší náchylnost k různým tělesným onemocněním. Proces vyhoření trvá zpravidla několik let. Příznaky jsou tak plíživé, že si jich někdy ani pracovník nevšimne. (Bartošíková, 2006.)

Příčiny syndromu vyhoření jsou různorodé. Rozdělují se na příčiny spočívající v jedinci, jako jsou negativní myšlení, neúčinné strategie zvládání stresu, nahromadění nepříznivých životních událostí, reaktivní myšlení, nedostatek odolnosti vůči zátěži a nezdravý způsob života. Příčiny spočívající v pracovních podmínkách jsou například špatná organizace práce, nedostatečná příprava pro povolání, nevhodný příklad pracoviště („infekčnost vyhoření“) a nevyhovující pracovní podmínky (hluk, málo prostoru). Příčiny syndromu vyhoření mohou také vycházet ze společnosti a mezi ně můžeme zařadit větší nároky na angažovanost pomáhajících pracovníků, změna expertního přístupu na partnerský, nízké společenské ohodnocení, včetně nízkých platů. (Baštecká, 2003.)

Když je naše energetická bilance dlouhodobě záporná a nemáme žádné zdroje radosti, můžeme se dostat do stavu syndromu vyhoření. Podmínkou k tomu, aby člověk vyhořel je ztráta ideálů. Jen ten, kdo hoří, může vyhořet. Na začátku se sestra nastupující do zaměstnání upřímně těší. Práce takovému člověku připadá smysluplná a zajímavá. Zatíženími a přesčas se však stále více vyčerpává a i některé cíle se ukazují jako nedosažitelné. Povolání postupně ztrácí smysl a nakonec vede k vyhoření. (Kopřiva, 2006.)

Některé osobní charakteristiky člověka přispívají ke vzniku vyhoření. Například takzvaný „syndrom pomahače“, který má nutkavou potřebu pomáhat druhým lidem i za cenu upřednostnění vlastních potřeb. Obdobně jsou na tom zdravotníci trpící „spasitelským komplexem“. Další riziková skupina jsou lidé, kteří mají nízkou frustrační toleranci a neumějí efektivně odpočívat. Důležitou podmínkou k vyhoření je také míra odolnosti vůči zátěži, která je dána vrozeně, ale je ji možné i vytrénovat. Pracovní podmínky vedou k vyhoření na těch pracovištích, kde zaměstnanci pracují s vysokým osobním a emočním nasazením, ale dostává se jim za to jen malé ocenění. Pokud se na pracovišti člověk identifikuje se skupinou, která má tendenci být vyhořelou, může se stát, že také začne myslet, cítit a jednat jako vyhořelý. (Bartošíková, 2006.)

3.2 Stádia syndromu vyhoření

Vyhoření je proces, projevující se v několika stádiích. Obvykle se cituje čtyřfázový model podle C. Maslachové. První fáze je nadšení, kde jsou v popředí ideály a dochází k přetěžování jedince. Ve druhé fázi už dochází k psychickému i fyzickému vyčerpání. Třetí fáze je charakterizovaná dehumanizací, odcizením a obrannému postoji vůči okolí. Toto stádium pak přechází do poslední fáze a tou je totální vyčerpání, negativismus a lhostejnost. (Bartošíková, 2006.)

Psychoterapeutka a psycholožka M. Frouzová popsala následující stádia. V první fázi nadšení jsou nováčci plni energie a nadšení pro práci. Vrhají se do práce, o které mohou mít ze začátku všelijak zkreslené představy. V této fázi cítí sestra uspokojení, zůstává přesčas a zaměstnání se jí může stát nejdůležitější aktivitou v životě. V dobrém kolektivu a při dobré podpoře může tato fáze trvat i dlouhodobě. (Bartošíková, 2006.)

Následuje stádium vystřízlivění, kdy počáteční nadšení postupně dohasíná. Sestra zjišťuje, že se jí vynaložená snaha ne vždy zúročuje. Pacienti se vrací, nedají na dobré

radý, málo se snaží a někdy i zneužívají zdravotnickou péči. Občas zažívá i pocity nevděku a neúspěchu. Musí slevit ze svých velkých očekávání a cílů. (Bartošíková, 2006.)

Třetí fáze je nespokojenost, která bývá také někdy popisována jako frustrace. Sestra začíná kritizovat věci, se kterými nesouhlasí a někdy se i pokouší o změnu. V této fázi přestává být sestra ochotna pracovat navíc. Je nespokojena se svým platem a s malým oceněním své práce. Začíná přemýšlet, zda si vybrala správné povolání. (Bartošíková, 2006.)

Pokud nedojde ke změně, začne nastupovat fáze apatie. Práce se stává pouze zdrojem obživy, ale ne uspokojení. Drží se zaběhnutých postupů, které ji netěší, vyhýbá se novým úkolům i pacientům. Později se začíná vyhýbat i spolupracovníkům. O pacientech se vyjadřuje nelichotivě a urážlivě a při setkání s nimi se chová neuctivě a lhostejně. (Bartošíková, 2006.)

3.3 Dopady syndromu vyhoření na práci s lidmi

Vyhoření vede k dehumanizaci ve vztahu k pacientům. Zdravotník už není schopen vcítit se do myšlení pacientů. Často je kritizuje a mluví o nich ironicky. Při kontaktu s pacienty se chová odtahitě a chladně. Na jejich potřeby a přání reaguje odmítavě až agresivně. Pacient se stává pouze diagnózou. Tyto negativní postoje se postupem času promítají i do vztahů se spolupracovníky a nakonec i do soukromého života. Zdravotník omezuje sociální kontakty, nedokáže se radovat, snižuje se mu sebevědomí a cítí nespokojenost v mnoha oblastech. Někdy se takto postižený snaží najít nějaké východisko v alkoholu, v uklidňujících či povzbuzujících lécích, což je velmi nebezpečné a přináší to s sebou jenom další komplikace. (Bartošíková, 2006.)

Příznaky syndromu vyhoření jsou u každého člověka individuální. Obvykle zasahují jak do osobního života člověka, tak do pracovní sféry, kde jsou důsledkem zhoršení kvality ošetrovatelské péče. (Bartošíková, 2006.)

4 Prevence a náprava vyhoření

Syndromu vyhoření lze předcházet jednak ze strany jedince, který se snaží eliminovat stresogenní situace a jednak ze strany zaměstnavatele, který by se měl snažit změnit organizaci a kulturu pracoviště. Důležitý je vliv sociální opory v rodině, v zaměstnání, přátel a dobrých známých. V této sociální oblasti má na prevenci vyhoření největší vliv opora poskytovaná spolupracovníky. (Bartošíková, 2006.)

4.1 Prevence na úrovni jednotlivce

Pokud chce zdravotní sestra dobře pracovat, musí být sama v dobrém stavu. Hlavním z jejich úkolů je pečovat o své pacienty. V pozadí tohoto úkolu stojí další úkol, který má na práci sestry mimořádný vliv a tím je péče o sebe. Zdravotní sestra se již na škole učí starat o pacienty, ale nikdo už ji pak neobjasní, jak má pečovat sama o sebe. Jde o péči o vlastní vzhled, o tělesné zdraví a duševní život. (J. Křivohlavý, J. Pečenková, 2004.)

Doktorka S. Cassidy, který pracovala 12 let v jednom z prvních anglických hospiců, kde se setkávala s psychickým stavem personálu, vydala 16 zásad pro pečující.

Buď k sobě laskavá, mírná a vlídná.

Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit.

Najdi si své útočiště, kam se budeš moci uchýlit do klidu a samoty.

Svým spolupracovníkům i vedení buď oporou.

Uvědom si, že je zcela přirozené cítit se bezmocně tváří v tvář bolesti a utrpení.

Snaž se měnit způsoby práce.

Zkus poznat rozdíl mezi naříkáním, při kterém člověk ještě víc trpí a mezi naříkáním, které bolest a utrpení zmírňuje.

Při odchodu z práce se soustřeď na něco pěkného, co se ti podařilo v práci udělat a raduj se z toho.

Zkus se neustále povzbuzovat a posilovat.

Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu svých přátelských vztahů v pracovním kolektivu.

Ve chvílích přestávek se nebav s kolegy o problémech v zaměstnání.

Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne.

Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“, než „musím“ nebo „mám povinnost“ či „měla bych“.

Nauč se říkat lidem nejen „ano“, ale i „ne“.

Netečnost, apatie a zdrženlivost ve vztazích s lidmi jsou daleko nebezpečnější, než připuštění si skutečnosti, že se více opravdu nedá dělat.

Raduj se, hraj si a často se směj. (J. Krivohlavý, J. Pečenková, 2004.)

Jako hlavní faktory předcházení vyhoření jsou uváděny tři skupiny okolností. Nalezení smysluplné pracovní činnosti, získání profesionální autonomie a opory a nalezení přirozeného vztahu k práci, k lidem a k dalším životním aktivitám. (Bartošíková, 2006.)

Při syndromu vyhoření záleží na tom, jak jsou závažné příznaky, kterými postižený trpí. Někdy si už člověk nemůže pomoci sám a musí využít pomoci odborníka. V této situaci už nepomůže jen dovolená. Je nutné odložit stresující a vyčerpávající úkoly a věnovat se něčemu jinému, především pak sobě. Někdy mohou pomoci i spolupracovníci, kteří mají podobné zkušenosti. Nejdůležitější ze všeho však je, aby byly příznaky včas rozpoznány, pojmenovány a řešeny. Aby se člověk dobře staral o svoje pacienty, musí také pečovat sám o sebe, odpočívat a myslet na své vlastní potřeby. Pomáhající je tedy vlastně sám sobě nejdůležitějším klientem. Ten, kdo se nemá rád, spotřebovává příliš mnoho energie a žije ve stálém vnitřním konfliktu mezi skutečným a ideálním obrazem sebe samého. Do pečování o sebe sama patří i udělat si radost například koupelí, masáží, kosmetikou či návštěvou kadeřníka. Pečující se má odměňovat co nejčastěji, pokud nemůžeme získat ocenění od druhých a máme pocit, že si odměnu zasloužíme. (Bartošíková, 2006.)

Každý, kdo pracuje v pomáhající profesi, by měl umět určit hranici svých možností a požádat o pomoc, když už jeho síly nestačí. Není třeba se pořád srovnávat s druhými a klást si tak příliš vysoké cíle. Žádost o pomoc není selháním, ale měla by být naopak projevem důvěry v druhého člověka. K realistickému pohledu na sama sebe vede sebepoznání, při němž poznáváme jací jsme a co ještě zvládneme v mezních situacích. I při zážitku vyhoření se mnoho dozvíme o své odolnosti, hranicích a způsobu reagování na stresové situace. (Bartošíková, 2006.)

Kvůli velkému nasazení v práci se nesmí zapomínat na svůj vlastní život. Na začátku pracovní kariéry se někdy práce stane nejdůležitější v životě pracovníka. Ale teprve uspokojivý osobní a rodinný život je zdrojem životní energie, ze které můžeme čerpat, když jsme unavení z práce. Důležité je dbát na dobré a hojné vztahy s přáteli, pěstovat záliby, zájmy a koníčky. To, co děláme rádi, je totiž zdrojem emočních zážitků a energie. Aby bylo tělo zdrojem životní energie, je třeba udržovat se v dobré těsné kondici. To znamená dostatečně spát, sportovat a dodržovat zdravou životosprávu. Lidé, kteří neumějí odpočívat a nenaslouchají potřebám svého těla, jsou chronicky unavení a snadněji se dostávají do konfliktů a stresových situací. (Bartošíková, 2006.)

V práci se zdravotní sestra setkává s trpícími a s těžkými lidskými osudy, a proto je nutné oddělit se od nich na konci pracovní doby a naladit se na domov. K tomu napomáhá nějaký pomocný rituál, jako je jízda na kole, svižná procházka, procházka se psem, koupel, sprcha, hudba, káva atd. Když už pracovník zažívá vyhoření dlouhodobě, je namístě vyhledat pomoc psychoterapeuta. Psychoterapie je jednou z cest, jak zlepšit své sebepoznání a tím vede k úlevě. Na pracovišti je třeba hlídat si časový stres, který nastává, když je třeba udělat hodně práce v krátkém časovém úseku. Pak je důležité zlepšit organizaci práce, využít pomůcek a zapojit do práce další lidi. Pokud sestra nemůže ovlivnit a kontrolovat výsledky své práce, začne se cítit bezmocně. Je tedy namístě hledat aktivně způsoby a kroky, jak situaci čelit a ne jen pasivně přijímat to, co se děje a podvolovat se tomu. Realita platů ve zdravotnictví vede u některých pracovníků k frustraci. Tento fakt může sestra přijmout a najít si svůj osobní důvod, proč v této profesi zůstává nebo se tím může trápit a žít neustálou nespokojenost. (Bartošíková, 2006.)

Na pracovišti, kde jsou dobré pracovní vztahy, se beze sporu pracuje lépe, než na pracovišti, kde převažuje rivalita a boj nad spoluprací. Aby se zaměstnanec cítil v práci dobře, nesmí se jeho hodnoty nijak výrazně odlišovat od hodnotové orientace pracoviště.

Je-li tomu jinak, nastává otázka, zda a jak dlouho se dá v tomto nesouladu pracovat. (Bartošíková, 2006.)

Nebezpečí také hrozí při nedodržování hranic. Situace, kdy se sestra příliš vžije do pacienta, vede ke ztrátě kompetencí dobré pomoci. Při práci s lidmi je důležité zachovat si profesionální odstup, ale zároveň i citlivý přístup. Pomáhající má být obětavý, starat se o druhé s velkým nasazením, ale při tom nesmí ztrácet sám sebe s pocitem, že je zneužívaný, manipulovaný, či vysávaný. Jen ten, kdo má hranice jasné, se může stát dobrým pomocníkem a průvodcem. (Bartošíková, 2006.)

Jako poslední, čemu se pečující musí vyvarovat v práci, aby nevyhořel, je vyhýbaní se rutinně a stereotypu. Patří sem odměňování pracovních postupů, zkoušení nových věcí, materiálů nebo učení se od jiných. Zde je třeba zdůraznit i důležitost průběžného vzdělávání, doškolování atd. Změna by měla být vnímána jako výzva ukázat svoje dovednosti a ne vzbuzovat pocit ohrožení. Otevřenost a zájem k tomu, co se děje, vnáší do života potřebný pohyb a dynamiku. (Bartošíková, 2006.)

4.2 *Prevence na úrovni organizace*

Předcházení syndromu vyhoření u pracovníků je vyjádřením zájmu organizace a vedoucích pracovníků o zaměstnance, kteří pak neztrácejí svou výkonnost a sebedůvěru. Klientům se tak dostává vlídné a zaujaté péče od lidí, kteří svou práci nepředstírají a plně se jí věnují. Vzhledem k tomu, že se syndrom vyhoření promítá i do postojů a způsobů chování, souvisejících s výkonem pracovní činnosti, má i ekonomické důsledky z důvodů absencí, předčasných odchodů, vyšší nemocnosti a nižšího pracovního nasazení. Ve zdravotnictví je třeba mít pokud možno stabilizovaný počet pracovníků neboť neustálý nábor nových sester bez potřebných zkušeností může snižovat kvalitu péče a dokonce i ohrožovat pacienty. (Bartošíková, 2006.)

Vedení zdravotnického zařízení by mělo svým zaměstnancům zabezpečit možnost regenerace. Patří sem racionální rozpisy služeb, sdružené volno, podpora rodiny, regenerační programy, rehabilitace, plavání, poukázky na sportovní aktivity a kulturní akce. Dále by se mělo zaměřit na bezpečnost sester a péči o psychické zdraví. Spolupracovat s psychology při přípravě programů pro předcházení stresu. Podporovat růst zaměstnanců jednak možností dalšího vzdělávání, ale taky zvýšením autonomie

pracovníka. Rozpoznat a zmapovat zdroje stresu a na jejich základě vytvořit opatření. Management sester může zvyšovat participaci svých podřízených na rozhodování o různých plánech. Když je totiž dána možnost spolupodílení se na rozhodnutích, tak se zvyšuje i zodpovědnost sester. (Bartošíková, 2006.)

Vedoucí pracovníci mohou udělat mnoho pro prevenci syndromu vyhoření u svých podřízených, hlavně co se týče sociální opory. Sociální oporou v práci je myšlena opora, poskytovaná stejně postavenými spolupracovníky. Z toho vyplývá, že je důležité podporovat týmovou spolupráci. (Bartošíková, 2006.)

4.3 Podpora a rozvoj týmové spolupráce

Týmová spolupráce je jednou ze základních podmínek efektivní ošetrovatelské péče. Sestry jsou o hodně produktivnější a úspěšnější, jestliže pracují jako tým. Výsledkem kolektivní práce je pocit důvěrné atmosféry a sounáležitosti. Taková práce pak přináší radost, ta pak uvolňuje energii a celý tým je více motivovaný pro další práci. (Bartošíková, 2006.)

Tým sdílí společný cíl, který členové respektují. Členové jsou loajální k posláním a rozhodnutí týmu a to i v případě, že s některými dílčími věcmi jednotlivci nesouhlasí. V týmu je podporována spolehlivost a smysl pro závazky. Panuje zde vzájemná důvěra a respekt, to předpokládá otevřenou komunikaci mezi jednotlivými členy. Každý je v týmu přínosem, protože zastává nějaké místo. Jsou jasně stanoveny pravomoci a zodpovědnosti. Tým musí mít vedení, protože nelze vždy o všem hlasovat. (Bartošíková, 2006.)

V dobře fungujícím týmu lidé vědí, co dělají a k čemu je jejich práce. Atmosféra bývá neformální. Členové mají pocit sounáležitosti se spolupracovníky, všichni se podílí na společné práci. Každý zná a nese svoji zodpovědnost za práci i za případnou chybu. Nesouhlas členů se nepotlačuje, ale řeší se. Spolupráce neznámá, že se musí v práci nutně navazovat přátelství, ale je požadována ochota a schopnost spolupracovat v týmu. Další charakteristikou práce v týmu je angažovanost pro věc. Dobrým vedením lze lidi přesvědčit, aby sledovali společný cíl a tím je i větší motivace pro plnění úkolů. Týmová práce také člověka naplňuje pocitem, že někam patří, někam směřuje a něco znamená. Zaměstnanci jen málokdy začnou sami od sebe týmově spolupracovat. Je třeba motivace, učení a podpory lidských společenství. Někdy se týmová práce nedaří zvláště tam, kde

mají zaměstnanci zažité jiné způsoby vedení. Ke spolupráci v týmu je třeba i změna v myšlení a vedení lidí. (Bartošíková, 2006.)

5 Výzkum v oblasti vyhoření

V minulých letech proběhla v České republice celá řada výzkumných studií o výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester. Tyto práce přinášejí zajímavé podněty a mohou být inspirací k dalším výzkumným krokům. Z Výzkumu Kocmanové (2005), který sledoval 48 sester z oboru intenzivní medicíny vyplývá, že příčinou syndromu vyhoření jsou velké ideály a ne velké nadšení, jak bývá uváděno. Potíže spojené se syndromem vyhoření svědčí spíše pro únavu z přepracovanosti a pocitu tlaku na výkon, který je od nich požadován. Tyto příznaky bývají také spojovány s atmosférou na pracovišti a s nespokojeností s vedením pracovního týmu. Z výzkumu vyplynulo, že se příznaky objevují na takovém pracovišti, kde nadřízené nezajímá psychický stav sester, nikdy je za nic nepochválí, nereagují na požadavky sester, nehledají řešení, která by vyhovovala. Na takových odděleních pak dochází k nedorozuměním a ke konfliktům. (tabulka 5.) (Bartošíková, 2006.)

V roce 2003 byl proveden výzkum u 84 sester na 4 klinikách FN v Hradci Králové. Zjistilo se, že riziková skupina je ve věku 18 až 29 let, kdy jsou sestry zranitelnější, protože ještě nemají tolik zkušeností a cítí se frustrované, že jim zaměstnání nabourává soukromé vztahy. (Bartošíková, 2006.)

Výzkum syndromu vyhoření u sester z akutní a chronické péče ukázal, že pocitům vyčerpání a odosobnění jsou více vystaveny sestry z chronické péče, jelikož se více setkávají s utrpením v závěrečné fázi života. Pracoviště intenzivní péče je zase náročnější na neustálou pozornost a soustředění se na práci. (Bartošíková, 2006.)

Výzkum z roku 2004, který se zabýval mírou výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na psychiatrii, odhalil, že výskyt vyhoření je zde rapidně nižší, oproti sestrám z jiných oddělení. Vysvětluje se to tím, že pracovníci na psychiatrii jsou podstatně více edukováni a chráněni profesionálními znalostmi o duševní hygieně a zvládání stresových situací. (Bartošíková, 2006.)

V uvedených výzkumných šetřeních se autoři zaměřují na různé vlivy, které působí pracovní zátěž a tudíž dosahují rozdílných výsledků. Z toho vyplývá, že se metodika výzkumu v oblasti syndromu vyhoření musí sjednotit, aby bylo možno vytvořit základ pro doporučení a postupy, vedoucí ke snížení rizik syndromu vyhoření. (Bartošíková, 2006.)

6 Závěr

Ze současného stavu poznatků o vyhoření se jeví jako nejdůležitější věnovat se „lidským zdrojům.“ Cestou ke zkvalitnění péče by tedy měla být i starost o personál. Účinný nástroj k udržení kvality práce je už zmíněné vytváření týmové spolupráce, kterou by měli zajistit vedoucí pracovníci v managementu. Další poznatky ukazují, že povaha syndromu vyhoření je vázána na situační podmínky, jakými mohou být například špatné vztahy na pracovišti. Zjistilo se, že pokud tyto situace pominou, poklesnou i příznaky syndromu vyhoření. Ne každý pracovník se při práci s těžce nemocnými pacienty stane obětí syndromu vyhoření. Výzkumy v našich podmínkách ukazují, že asi jedna pětina, až jedna třetina sester vyhoří. Tyto údaje jsou i tak velmi varující, jelikož nespokojení a příznaky vyhoření trpící pracovníci nepodávají požadované výkony a nejsou schopni udržet kvalitní ošetrovatelskou péči. Často pak ze zdravotnictví odcházejí. Dále je třeba připomenout, že příčinou ztráty nadšení v práci nemusí být jen syndrom vyhoření, ale může to být také projev neschopnosti, nezodpovědnosti a lenosti. Někdy se ukáže, že se zkrátka zdravotník pro svoji práci nehodí nebo vidí jiné perspektivnější zaměstnání pro svůj další život a profesi opustí. (Bartošíková, 2006.)

Výzkumy prováděné ve zdravotnictví mají smysl pouze tehdy, pokud z nich plynou nějaká opatření a doporučení pro praxi. Syndromu vyhoření se u nás i na Slovensku věnuje hodně autorů, ale pokud mají být výsledky šetření srovnatelné, je potřeba sjednotit metodiku, aby byl vytvořen dobrý základ pro aplikaci jednotlivých postupů ke snížení rizik a prevenci syndromu vyhoření ve zdravotnictví. (Bartošíková, 2006.)

Náročnost práce ve zdravotnictví nelze nijak zmírnit a stále narůstá. Zdravotnictví klade na dovednosti a profesní úroveň sester stále větší požadavky. Nezanedbatelné jsou také právní a etické tlaky na zdravotnické pracovníky. Naše nemocnice se potýkají a i v budoucnu budou potýkat s problémem nedostatku a fluktuace personálu, jehož příčinou je odchod vzdělaných a zkušených sester do zahraničí nebo do lépe placených profesí. Seznamováním s riziky profese a cílenými postupy ke snížení pracovního stresu, se může zamezit předčasným odchodům sester ze zdravotnictví a přispět k vyšší úrovni a kvalitě poskytované péče. (Bartošíková, 2006.)

Obecně platí několik zásad, jak se vyhnout syndromu vyhoření. Důležitý je aktivní přístup k životu, vyhýbání se rezignaci, vyhledávání optimistických stránek života, podpora členů pracovního týmu, možnost dalšího vzdělávání, spravedlivé finanční ohodnocení, racionální rozepisování směn a pochvaly od nadřízených. Základ je naučit se správně odpočívat a relaxovat, mít přátele a koníčky. Velmi důležitá je dovolená a odpočinek. Pokud už se objeví příznaky syndromu vyhoření, je výhodné změnit typ oddělení. Např. z oddělení akutní a intenzivní péče na standardní oddělení. Sestry by se také neměly obávat vyhledat odbornou pomoc.

7 Empirický výzkum

Předmětem mého zkoumání je analýza výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester. Cílem je zmapovat situaci výskytu syndromu vyhoření a zjistit, jestli výskyt syndromu vyhoření závisí na některých faktorech, které jsem si stanovila ve svých hypotézách. Dílčím cílem je porovnání výsledků mezi jednotlivými odděleními.

Pro svůj výzkum jsem si stavila tyto hypotézy:

1. Domnívám se, že ke vzniku syndromu vyhoření mají blíže sestry s více jak dvacetiletou praxí.
2. Předpokládám, že 60% dotazovaných respondentů nepoužívá opatření minimalizující rozvoj syndromu vyhoření.
3. Předpokládám, že 60% sester ovlivňují pracovní problémy jejich soukromý život.
4. Domnívám se, že sestry s vysokoškolským vzděláním podléhají méně syndromu vyhoření, než sestry s nižším vzděláním.
5. Myslím si, že sestry z oddělení ARO a JIP se cítí po příchodu z práce více extrémně vyčerpané, než sestry z dětského a interního oddělení.

7.1 Výzkumné metody

K řešení výzkumné části jsem si stanovila dotazníkovou metodu s uzavřenými alternativními, škálovacími a výčtovými otázkami. Sestavila jsem nestandardizovaný dotazník, který jsem rozdělila na dvě části. První část jsou obecné otázky a druhá část je speciálně zaměřená na problematiku syndromu vyhoření. Respondenti označovali pouze jednu správnou odpověď u každé otázky, pokud nebylo uvedeno jinak.

Před zahájením samotného výzkumu jsem provedla rozhovor s některými sestrami z oddělení ARO, chirurgie JIP a z interního oddělení. Respondenti se vyjadřovali hlavně k otázkám komunikace s pacienty, k nejčastějším zdravotním problémům, které mají sestry v souvislosti s jejich profesí, k pracovním konfliktům a k rodinnému zázemí.

7.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty jsem si vybírala účelně na zvolených odděleních. Výzkum probíhal v Krajské nemocnici v Liberci a.s. na odděleních ARO, chirurgie JIP a na interních odděleních a dále na dětském a novorozeneckém oddělení v nemocnici v Trutnově a. s. Celkový počet respondentů byl 90. Z každého oddělení jsem získala 30 dotazníků. Výzkumný vzorek tvořily pouze všeobecné sestry z těchto oddělení.

7.3 Průběh výzkumného šetření

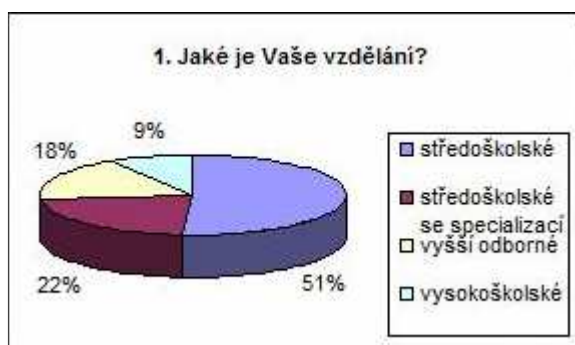
Výzkum probíhal od září do listopadu 2008. V Liberecké nemocnici jsem získala 30 dotazníků z interních oddělení a 30 dotazníků z oddělení ARO a chirurgická JIP. V Trutnovské nemocnici jsem získala 30 dotazníků z dětského a novorozeneckého oddělení. Dotazníky byly anonymní a sestry je vyplňovaly samostatně, podle vlastního uvážení. Výzkumné šetření bylo provedeno se souhlasem sesterského managementu na jednotlivých odděleních. Po vyplnění a kontrole jsem dotazníky zpracovala.

8 Vyhodnocení dotazníku

Dotazník (příloha 1.) je rozdělen na dvě části. První část je zaměřená na základní identifikační údaje a druhá se věnuje problematice syndromu vyhoření. V úvodu dotazníku si respondenti přečetli úvod do problematiky a pokyny k vyplňování dotazníku. Při vyhodnocování odpovědí jsem procentuální výsledky pro lepší přehlednost zaokrouhlila na celá čísla.

8.1 Obecná část dotazníku

Otázka 1. Jaké je Vaše vzdělání

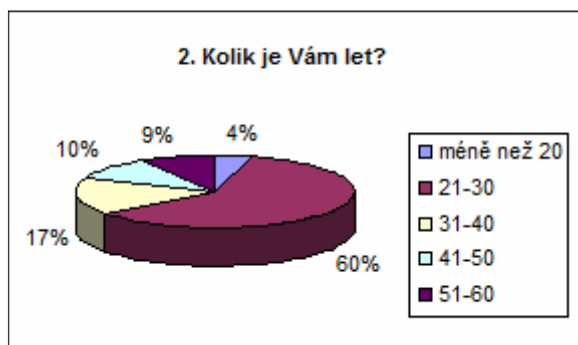


Obrázek 1. Graf vzdělání

Tabulka 1.		
Jaké je Vaše vzdělání?	absolutní četnost	relativní četnost
středoškolské	46	51%
středoškolské se specializací	20	22%
vyšší odborné	16	18%
vysokoškolské	8	9%

Nejvíce respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání (51%), středoškolské vzdělání se specializací uvedlo (22%) dotazovaných, (18%) mělo vyšší odborné vzdělání a nejméně byli zastoupeni vysokoškolsky vzdělaní (9%).

Otázka 2. Kolik Vám je let?

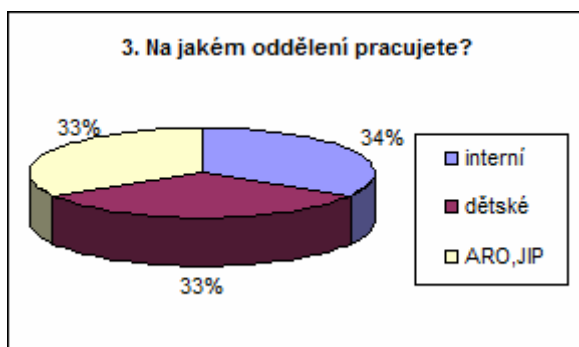


Obrázek 2. Graf znázornění věkových skupin

Tabulka 2.		
Kolik je Vám let?	absolutní četnost	relativní četnost
méně než 20	4	4%
21-30	54	60%
31-40	15	17%
41-50	9	10%
51-60	8	9%

U druhé otázky je patrné, že největší věková skupina je (21-30) let (60%). Ve Věkové skupině (31-40) let je (17%) respondentů. Skoro stejné procentuální zastoupení mají skupiny ve věku (41-50) let (10%) a (51-60) let (9%). Méně než 20 let bylo (4%) dotazovaných.

Otázka 3. Na jakém oddělení pracujete?



Obrázek 3. Graf oddělení

Tabulka 3.

Na jakém oddělení pracujete?	absolutní četnost	relativní četnost
interní	30	34%
dětské	30	33%
ARO, JIP	30	33%

Z každého ze tří vybraných oddělení bylo získáno po 30 dotaznících, dohromady 90 dotazníků. To odpovídá (33%-34%) respondentů po zaokrouhlení na celá čísla.

Otázka 4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?



Obrázek 4. Graf délky praxe ve zdravotnictví

Tabulka 4.

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	absolutní četnost	relativní četnost
< jeden rok	9	10%
1-5 let	36	40%
5-10 let	11	12%
10-20 let	18	20%
20-40 let	16	18%

(40%) dotazovaných pracuje ve zdravotnictví (1-5) let. (20%) respondentů (10-20) let. (18%) dotazovaných (20-40) let. (12%) respondentů (5-10) let a (10%) respondentů pracuje ve zdravotnictví méně než 1 rok. Pokud porovnáme délku praxe sester zjistíme, že nejmenší procento sester jsou pravděpodobně absolventky.

8.2 Speciální část dotazníku

Otázka 1. Co Vás ve Vaší práci nejvíce zatěžuje?

U této otázky je 7 podotázek a na každou z nich museli dotazovaní vybrat jednu ze škálových odpovědí.

A) Nedostatek času

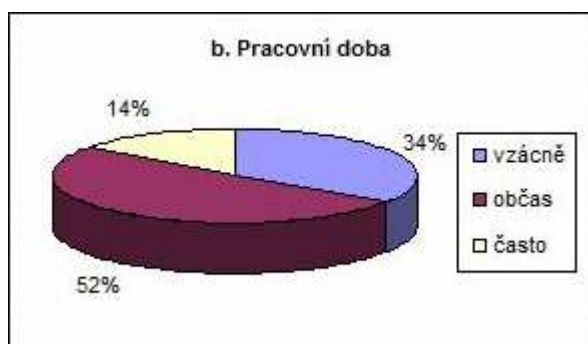


Obrázek 5. Graf pracovní zátěže-nedostatek času

Tabulka 5.

Co Vás ve Vaší práci nejvíce zatěžuje? - a) nedostatek času	absolutní četnost	relativní četnost
vzácně	4	4%
občas	49	55%
často	37	41%

B) Pracovní doba



Obrázek 6. Graf pracovní zátěže- pracovní doba

Tabulka 6.

b) Pracovní doba	absolutní četnost	relativní četnost
vzácně	31	34%
občas	46	52%
často	13	14%

C) Velká zodpovědnost



Obrázek 7. Graf prac. zátěže- zodpovědnost

Tabulka 7.

c) Velká zodpovědnost	absolutní četnost	relativní četnost
vzácně	12	13%
občas	40	45%
často	38	42%

D) Vztahy na pracovišti



Obrázek 8. Graf pracovní zátěže- vztahy na pracovišti

Tabulka 8.

d) Vztahy na pracovišti	absolutní četnost	relativní četnost
vzácně	37	41%
občas	34	38%
často	19	21%

E) Pracovní prostředí



Obrázek 9. Graf pracovní zátěže-pracovní prostředí

Tabulka 9.

e) Pracovní prostředí	absolutní četnost	relativní četnost
vzácně	39	43%
občas	41	46%
často	10	11%

F) Psychická zátěž



Obrázek 10. Graf pracovní zátěže- psychická zátěž

Tabulka 10.

f) Psychická zátěž	absolutní četnost	relativní četnost
vzácně	6	7%
občas	49	54%
často	35	39%

G) Fyzická zátěž



Obrázek 11. Graf pracovní zátěže- fyzická zátěž

Tabulka 11.		
g) Fyzická zátěž	absolutní četnost	relativní četnost
vzácně	7	8%
občas	48	53%
často	35	39%

Z těchto grafů vyplývá, že sestry ve své práci nejvíce zatěžuje velká zodpovědnost. Odpověď často na tuto položku uvedlo (42%) dotazovaných. Na druhém místě sestry často zatěžuje psychická a fyzická zátěž obě shodně se (39%). Nedostatek času zatěžuje sestry často ve (41%) případech. (21%) respondentů často zatěžují vztahy na pracovišti, (14%) pracovní doba a (11%) pracovní prostředí. Vzácně zatěžuje sestry pracovní prostředí (43%), vztahy na pracovišti (41%), pracovní doba (34%), velká zodpovědnost zatěžuje sestry vzácně ve (13%) případech, fyzická zátěž (8%) a psychická zátěž a nedostatek času (4%). Položku občas označilo nejvíce dotazovaných u nedostatku času (55%), psychická zátěž (54%), fyzická zátěž (53%), pracovní doba (52%), pracovní prostředí (46%), velká zodpovědnost (45%) a vztahy na pracovišti (38%).

Pokud u těchto otázek porovnáme poměr procentuálního počtu odpovědí u možností často a vzácně, vyjde nám, že nejvíce sestry zatěžuje velká zodpovědnost spolu s psychickou a fyzickou zátěží, následované nedostatkem času. Nejméně pak zatěžuje sestry pracovní prostředí a na druhém místě vztahy na pracovišti.

Otázka 2. Domníváte se, že nejste schopna (schopen) udržet kvalitní ošetrovatelskou péči?



Obrázek 12. Graf o schopnosti udržení oš. péče

Tabulka 12.		
Domníváte se, že nejste schopna (schopen) udržet kvalitní ošetrovatelskou péči?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	7	8%
ne	31	34%
občas	52	58%

Na druhou otázku odpovědělo (8%) respondentů ano a (34%) ne. Více než polovina (58%) označila možnost občas. Z výsledků je vidět, že většina sester má problémy udržet kvalitní ošetrovatelskou péči. Dotazovaní, kteří na tuto otázku odpověděli ano nebo občas, vyplnili otázku číslo 3.

Otázka 3. Pokud ano, či občas, z jakého to je nejčastěji důvodu?



Obrázek 13. Graf důvody neudržení oš. péče

Tabulka 13.		
Pokud ano, či občas, z jakého to je nejčastěji důvodu?	absolutní četnost	relativní četnost
nedostatek financí	6	10%
nedostatek personálu	38	65%
nedostatek času	15	25%

(65%) dotazovaných uvádí jako nejčastější důvod neudržení kvalitní ošetrovatelské péče nedostatek personálu, což je problém na většině oddělení českých nemocnic. Musíme si však klást otázku, zda to není způsobeno spíše nedostatkem nižšího zdravotnického personálu, než nedostatkem kvalifikovaného zdravotnického personálu. Nedostatek času označilo (25%) respondentů a jenom (10%) uvádí jako důvod nedostatek financí.

Otázka 4. Používáte nějaké techniky pro uvolnění a zmírnění stresu? (např. četba, hudba, relaxační techniky atd.)



Obrázek 14. Graf používání technik proti stresu

Tabulka 14.		
Používáte nějaké techniky pro uvolnění a zmírnění stresu?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	43	48%
ne	13	14%
občas	34	38%

(48%) dotazovaných používá techniky ke zmírnění stresu, (38%) je používá občas a (14%) vůbec. Zdá se, že většina sester je uvědomělá a používá techniky ke zmírnění stresu, čímž předchází riziku vzniku syndromu vyhoření.

Otázka 5. Myslíte si, že se stravujete pravidelně a zdravě?



Obrázek 15. Graf pravidelné a zdravé stravování

Tabulka 15.		
Myslíte si, že se stravujete pravidelně a zdravě?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	22	24%
ne	65	73%
nevím	3	3%

(73%) respondentů si myslí, že se nestravuje zdravě, (24%) si myslí, že ano a (3%) neví. U této otázky je patrné, že s dodržováním zdravého stravování na tom nejsou sestry zrovna nejlépe. S největší pravděpodobností je to způsobeno tím, že většina sester pracuje ve směnném provozu, kde je velmi problematické stravovat se zdravě a už vůbec ne pravidelně.

Otázka 6. Jakým způsobem obvykle odpočíváte?



Obrázek 16. Graf obvyklý způsob odpočinku

Tabulka 16.

Jakým způsobem obvykle odpočíváte?	absolutní četnost	relativní četnost
aktivně (sport, procházka)	15	17%
pasivně (TV, četba apod.)	16	18%
aktivně i pasivně	59	65%

(65%) dotazovaných odpočívá tak, že kombinuje pasivní a aktivní odpočinek. (17%) odpočívá převážně aktivně a (18%) převážně pasivně. Více než polovina sester kombinuje pasivní a aktivní odpočinek, což je vhodné pro uvolnění a relaxaci od stresových situací.

Otázka 7. Jste spokojen(a) se svými pracovními podmínkami?



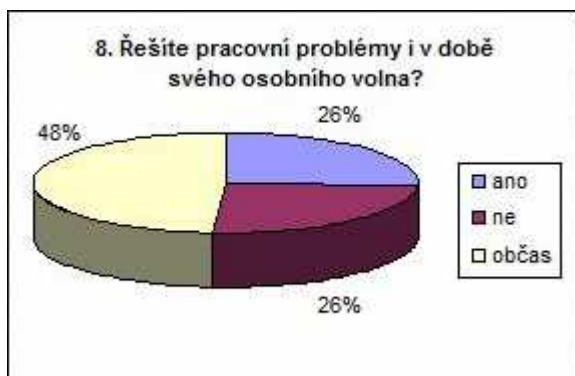
Obrázek 17. Graf spokojenosti s pracovními podmínkami

Tabulka 17.

Jste spokojen(a) se svými pracovními podmínkami?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	27	30%
ne	63	70%

U otázky číslo 7 je zřejmé, že naprostá většina dotazovaných (70%) není spokojena se svými pracovními podmínkami a pouze (30%) respondentů je spokojeno.

Otázka 8. Řešíte pracovní problémy i v době svého osobního volna?

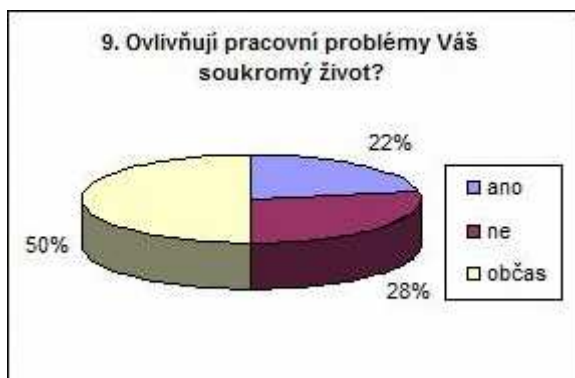


Obrázek 18. Graf řešení problému v době osobního volna

Tabulka 18.		
Řešíte pracovní problémy i v době svého osobního volna?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	23	26%
ne	23	26%
občas	44	48%

Pracovní problémy řeší v době svého osobního volna (26%) respondentů, (48%) je řeší občas a (26%) neřeší pracovní problémy v době osobního volna. To, že zdravotní sestry řeší svoje pracovní problémy v době svého osobního volna, může pramenit z toho, že i v době tohoto osobního volna jsou často ve společnosti zdravotníků a tudíž kolegů z profese.

Otázka 9. Ovlivňují pracovní problémy Váš soukromý život?



Obrázek 19. Graf ovlivnění soukromého života prac. problémy

Tabulka 19.		
Ovlivňují pracovní problémy Váš soukromý život?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	20	22%
ne	25	28%
občas	45	50%

U otázky číslo 9 je vidět, že se téměř shoduje s otázkou číslo 8. To znamená, že pokud respondenti uvedli, že řeší pracovní problémy v době svého osobního volna, tak tyto problémy ovlivňují i jejich soukromý život. (72%) respondentů ovlivňují pracovní problémy jejich soukromý život. Z toho (22%) uvedlo odpověď ano a polovina (50%) občas. Pracovní problémy neovlivňují život (22%) dotazovaných.

Otázka 10. Myslíte si, že máte kvalitní rodinné zázemí, které je Vám oporou ve vaší profesi?



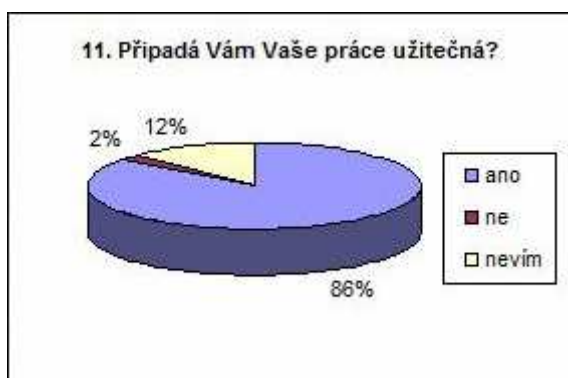
Obrázek 20. Graf znázorňující rodinné zázemí sester

Tabulka 20.

Myslíte si, že máte kvalitní rodinné zázemí, které je Vám oporou ve Vaší profesi?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	82	91%
ne	8	9%

Pozitivním zjištěním je, že většina respondentů (91%) má kvalitní rodinné zázemí. Pouze (9%) respondentů si myslí, že nemá kvalitní rodinné zázemí. Tito respondenti při rozhovoru uváděli, že doma necítí podporu rodiny, jelikož nikdo nechápe, proč vlastně tuto profesi vykonávají.

Otázka 11. Připadá Vám Vaše práce užitečná?



Obrázek 21. Graf názory na užitečnost práce sester

Tabulka 21.

Připadá Vám Vaše práce užitečná?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	77	86%
ne	2	2%
nevím	11	12%

Další příznivý výsledek poukazuje na to, že (86%) sester připadá jejich práce užitečná. Opak si myslí jen (2%) dotazovaných a (12%) neví. Toto zjištění jen utvrzuje hypotézu, že většina zdravotníků nevykonává svou profesi kvůli financím, které nejsou příliš motivující, ale především kvůli svým dobrým osobním důvodům (uspokojení z pomoci druhým lidem).

Otázka 12. Dostáváte se v práci často do konfliktů?



Obrázek 22. Graf konflikty v práci

Tabulka 22. Dostáváte se v práci často do konfliktů?	absolutní četnost	relativní četnost
ano - s pacienty, příbuznými, či návštěvou	18	20%
ano - s ostatním zdravotnickým personálem	13	14%
ano - s pacienty, příbuznými, s návštěvou i s ostatním zdravotnickým personálem	4	4%
ne	55	62%

(20%) sester se dostává často do konfliktů s pacienty, příbuznými, či návštěvou. (14%) sester udává časté konflikty s ostatním zdravotnickým personálem a (4%) dotazovaných se dostávají do konfliktů se všemi výše uvedenými. (62%) sester uvedlo, že se nedostává v práci často do konfliktů. Při rozhovoru některé sestry uváděly, že častěji přicházejí do konfliktu s lékařským zdravotnickým personálem, než s ošetrovatelským personálem.

Otázka 13. Stává se Vám, že i při vynaložení značného úsilí se nedostavují žádné pozitivní pracovní výsledky?



Obrázek 23. Graf pracovní výsledky

Tabulka 23. Stává se Vám, že i při vynaložení značného úsilí se nedostavují žádné pozitivní pracovní výsledky?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	22	24%
ne	9	10%
občas	59	66%

(24%) respondentů se stává, že i při vynaložení značného úsilí se nedostavují žádné pozitivní pracovní výsledky, (66%) dotazovaných se to stává občas a (10%) respondentů uvedlo možnost ne.

Otázka 14. Stává se Vám, že cítíte při práci znechucení?



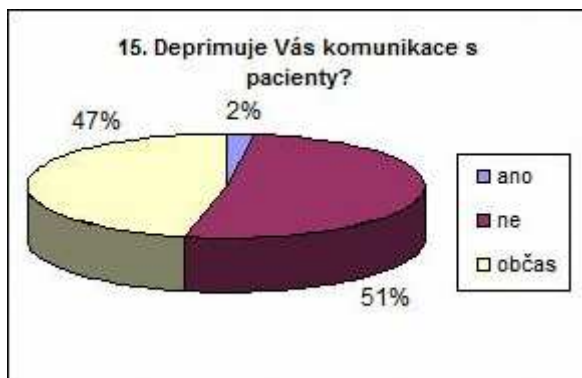
Obrázek 24. Graf znechucení při práci

Tabulka 24.

Stává se Vám, že cítíte při práci znechucení?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	16	18%
ne	29	32%
občas	45	50%

(18%) sester uvedlo, že ano, (50%) cítí znechucení při práci občas. (32%) sester necítí při práci znechucení. To, že si sestry připustí fakt, že cítí při práci znechucení je podle názorů některých odborníků celkem běžné. Důležité však je, aby se tento pocit neprojevoval i při jejich péči a komunikaci s pacienty.

Otázka 15. Deprimuje Vás komunikace s pacienty?



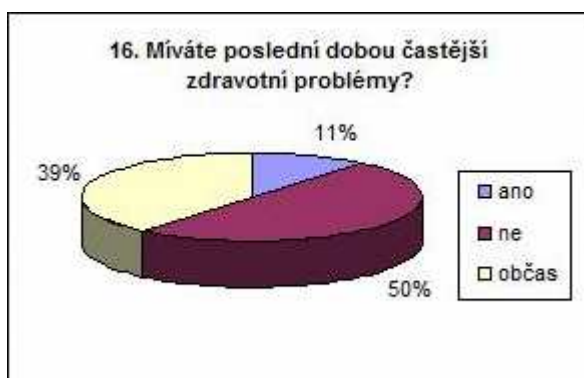
Obrázek 25. Graf deprivace při komunikaci s pacienty

Tabulka 25.

Deprimuje Vás komunikace s pacienty?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	2	2%
ne	46	51%
občas	42	47%

Téměř polovinu dotazovaných deprimuje komunikace s pacienty. Odpověď ano označili sice pouze (2%) respondentů, ale odpověď občas (47%) respondentů. (51%) dotazovaných komunikace s pacienty nedeprimuje. Z rozhovoru se sestrami, které odpověděly kladně vyplynulo, že nejvíc je deprimuje komunikace s nepřízpůsobivými a agresivními pacienty.

Otázka 16. Míváte poslední dobou častější zdravotní problémy?



Obrázek 26. Graf zdravotní problémy

Tabulka 26.		
Míváte poslední dobou častější zdravotní problémy?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	10	11%
ne	45	50%
občas	35	39%

Polovina dotazovaných (50%) neudávala častější zdravotní problémy, (11%) uvedlo, že ano a (39%) občas. Při rozhovoru si sestry nejčastěji stěžovaly na bolesti a otoky dolních končetin, vznik varixů na dolních končetinách, trávicí obtíže, bolesti zad a bolesti hlavy.

Otázka 17. Cítíte se extrémně vyčerpání po příchodu z práce?



Obrázek 27. Graf extrémní vyčerpání po příchodu z práce

Tabulka 27.		
Cítíte se extrémně vyčerpání po příchodu z práce?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	27	30%
ne	15	17%
občas	48	53%

(30%) dotazovaných se cítí extrémně vyčerpaně po příchodu z práce, (53%) se cítí vyčerpaně občas a (17%) se necítí extrémně vyčerpaně po příchodu z práce. Otázkám 16 a 17 se budu ještě více věnovat v další části výzkumu, při porovnávání míry extrémního vyčerpání a zdravotních problémů mezi jednotlivými odděleními.

Otázka 18. Myslíte si, že práce zdravotní sestry má dostatečnou společenskou prestiž?



Obrázek 28. Graf společenské prestiže sester

Tabulka 28.

Myslíte si, že práce zdravotní sestry má dostatečnou společenskou prestiž?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	20	22%
ne	70	78%

Většina dotazovaných (78%) si myslí, že povolání zdravotní sestry má dostatečnou společenskou prestiž. (22%) si to nemyslí. V České republice má podle některých sociologických výzkumů zdravotní sestra prestiž středně vysokou, až vysokou, což asi také koresponduje s tím, co si o prestiži zdravotních sester myslí i samy sestry.

Otázka 19. Myslíte si, že je na Vašem pracovišti vztah sestry a lékaře v rovnoprávném vztahu?



Obrázek 29. Graf rovnoprávné vztahy mezi sestrami a lékaři

Tabulka 29.

Myslíte si, že je na Vašem pracovišti vztah sestry a lékaře v rovnoprávném vztahu?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	28	31%
ne	62	69%

(69%) respondentů si nemyslí, že by vztah lékaře a sestry na jejich oddělení byl v rovnoprávném vztahu. (31%) si myslí, že ano. Ukázalo se, že pokud lékař uznává profesi sestry a respektuje její práci, zlepšuje se spolupráce na pracovišti a snižuje se tím i riziko syndromu vyhoření. To pak přispívá i ke zlepšení kvality poskytované péče. Otázkou zůstává, jestli je u nás v dohledné době vůbec možné, aby byla sestra v rovnoprávném vztahu s lékařem, když dodnes vnímá většina lékařů sestru jen jako jim podřízenou pracovníci, která musí plnit jejich příkazy.

Otázka 20. Myslíte si, že je Vaše práce dostatečně finančně ohodnocená?



Obrázek 30. Graf finančního ohodnocení sester

Tabulka 30.		
Myslíte si, že je Vaše práce dostatečně finančně hodnocená?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	3	3%
ne	87	97%

(3%) dotazovaných si myslí, že jejich práce je dostatečně finančně ohodnocená, (97%) si myslí opak. Vzhledem k tomu, že finanční ohodnocení zdravotníků v České republice je dlouhodobý problém, nejsou výsledky žádným překvapením. Nicméně faktor finančního ohodnocení výrazně motivuje nebo naopak demotivuje pracovníky při vykonávání profese a tudíž může být také příčinou syndromu vyhoření.

9 Vyhodnocení hypotéz

9.1 Hypotéza číslo 1.

Domnívám se, že ke vzniku syndromu vyhoření mají blíže sestry s více jak dvacetiletou praxí.

Pro vyhodnocení této hypotézy jsem vybrala některé otázky ze speciální části dotazníku, které určitým způsobem poukazují na riziko vzniku syndromu vyhoření a porovnála jsem je. V tomto případě jsem porovnála skupinu sester, které pracují ve zdravotnictví více než 20 let, se skupinou sester, které pracují ve zdravotnictví méně než 20 let. Zajímala jsem se především o to, jestli sestry používají techniky ke zmírnění stresu, jakým způsobem odpočívají, dále jsem se snažila zmapovat jejich zdravotní problémy, extrémní vyčerpání z práce a míru deprivace při komunikaci s pacienty.

Otázka 1. Používáte nějaké techniky pro uvolnění a zmírnění stresu?

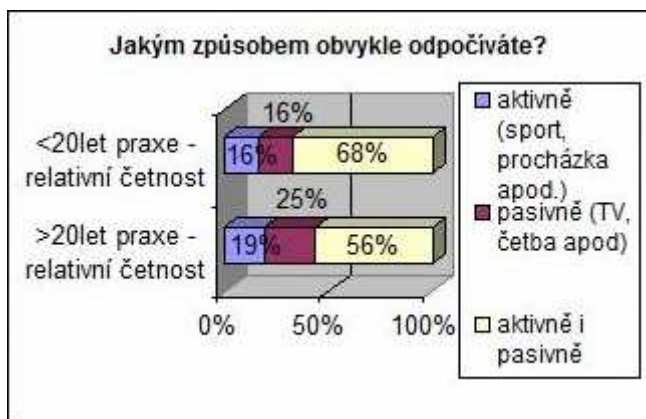


Obrázek 31. Graf používání technik pro zmírnění stresu z hlediska délky praxe

Tabulka 31.				
Používáte nějaké techniky pro uvolnění a zmírnění stresu?	>20let praxe relativní četnost	<20let praxe relativní četnost	>20let praxe absolutní četnost	<20let praxe absolutní četnost
ano	56%	46%	9	34
ne	13%	15%	2	11
občas	31%	39%	5	29

Zde dopadly lépe sestry, pracující více než 20 let. (56%) používá techniky ke zmírnění stresu, (31%) je používá občas a (13%) uvedlo odpověď ne. U sester, pracujících méně než 20 let odpovědělo ano (46%), občas (39%) a ne (15%).

Otázka 2. Jakým způsobem obvykle odpočíváte?

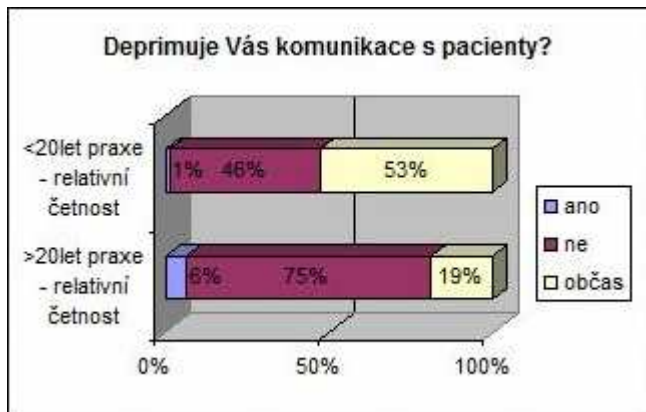


Obrázek 32. Graf typu odpočinku z hlediska délky praxe

Tabulka 32.	>20let praxe relativní četnost	<20let praxe relativní četnost	>20let praxe absolutní četnost	<20let praxe absolutní četnost
Jakým způsobem obvykle odpočíváte?				
aktivně (sport, procházka apod.)	19%	16%	3	12
pasivně (TV, četba apod.)	25%	16%	4	12
aktivně i pasivně	56%	68%	9	50

U této otázky zjišťujeme, že sestry s praxí pod 20 let odpočívají méně pasivně (16%), než sestry s praxí nad 20 let (25%). Převážně aktivně odpočívá (16%) sester s praxí pod 20 let a (19%) sester s praxí nad 20 let. Aktivně i pasivně odpočívají sestry s praxí pod 20 let v (68%) případech. Sestry s praxí nad 20 let odpočívají aktivně i pasivně v (56%) případech.

Otázka 3. Deprimuje Vás komunikace s pacienty?

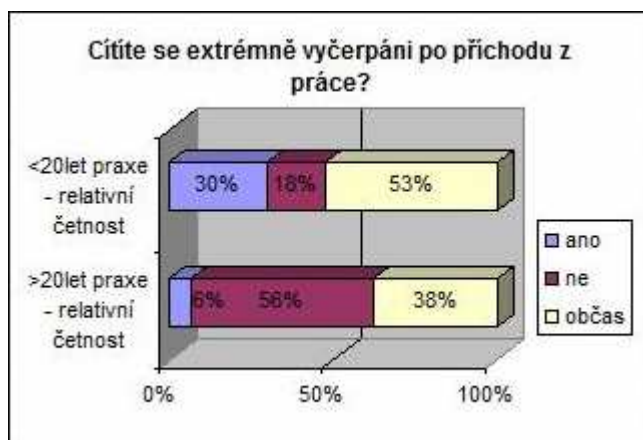


Obrázek 33. Graf deprivace při komunikaci s pacienty z hlediska délky praxe

Tabulka 33.	>20let praxe relativní četnost	<20let praxe relativní četnost	>20let praxe absolutní četnost	<20let praxe absolutní četnost
Deprimuje Vás komunikace s pacienty?				
ano	6%	1%	1	1
ne	75%	46%	12	34
občas	19%	53%	3	39

Sestry s praxí nad 20 let deprimuje komunikace s pacienty méně, než sestry s kratší praxí. Ano nebo občas odpovědělo (54%) sester s praxí pod 20 let a odpověď ne udalo (46%) sester s praxí méně než 20 let. U sester pracujících více než 20 let odpovědělo ano nebo občas pouze (25%) a většinu, což je (75%) komunikace s pacienty nedeprimuje.

Otázka 4. Cítíte se extrémně vyčerpaní po příchodu z práce?

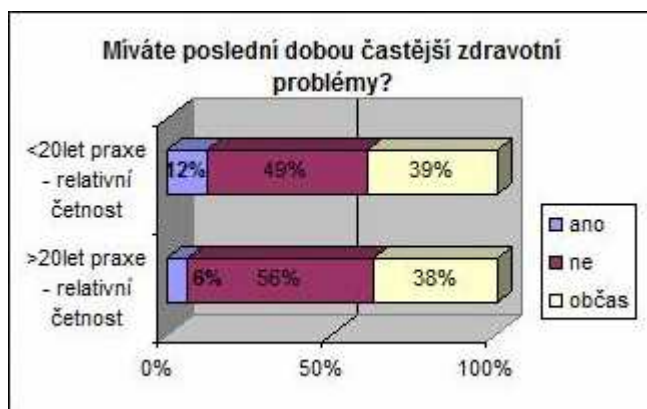


Obrázek 34. Graf extrémní vyčerpaní z práce z hlediska délky praxe

Tabulka 34.				
Cítíte se extrémně vyčerpaní po příchodu z práce?	>20let praxe relativní četnost	<20let praxe relativní četnost	>20let praxe absolutní četnost	<20let praxe absolutní četnost
ano	6%	30%	1	22
ne	56%	18%	9	13
občas	38%	53%	6	39

Extrémní vyčerpaní po příchodu z práce cítí (83%) sester s praxí kratší než 20 let, z toho (30%) uvedlo možnost ano a (53%) občas. Pouze (18%) necítí extrémní vyčerpaní. Sestry s praxí nad 20 let jsou na tom o hodně lépe, extrémní vyčerpaní po příchodu z práce označilo (44%) dotazovaných. Z toho (6%) uvedlo možnost ano a (38%) občas. (56%) necítí extrémní vyčerpaní.

Otázka 5. Míváte poslední dobou častější zdravotní problémy?



Obrázek 35. Graf zdravotní problémy z hlediska délky praxe

Tabulka 35.				
Míváte poslední dobou častější zdravotní problémy?	>20let praxe relativní četnost	<20let praxe relativní četnost	>20let praxe absolutní četnost	<20let praxe absolutní četnost
ano	6%	12%	1	9
ne	56%	49%	9	36
občas	38%	39%	6	29

Je zajímavé, že sestry s praxí kratší než 20 let, mají častější zdravotní problémy, než sestry s delší praxí. (51%) respondentů s praxí pod 20 let mívá častější zdravotní problémy, z toho ano uvedlo (12%), občas (39%) a možnost ne (49%). U skupiny sester s praxí nad 20 let uvedlo zdravotní problémy (44%) respondentů a z toho možnost ano zvolilo (6%), občas (38%) a možnost ne (56%) dotazovaných.

Při vyhodnocení všech odpovědí jsem došla k závěru, že sestry s praxí delší než 20 let v porovnání se sestrami s praxí kratší než 20 let: Používají častěji nějaké techniky pro zmírnění a uvolnění stresu. Nedeprimuje je tak často komunikace s pacienty. Necítí se tak často extrémně unavené po příchodu z práce a nemívají ani tak časté zdravotní problémy. Oproti sestrám s praxí kratší než 20 let odpočívají více pasivně a méně kombinují aktivní odpočinek s pasivním. **Hypotéza: Domnívám se, že ke vzniku syndromu vyhoření mají blíže sestry s více jak dvacetiletou praxí, se nepotvrdila.** Z tohoto výzkumu vyplývá, že tomu je spíše naopak a blíže k syndromu vyhoření mají sestry s kratší praxí než 20 let.

9.2 Hypotéza číslo 2.

Domnívám se, že 60% dotazovaných respondentů nepoužívá opatření minimalizující rozvoj syndromu vyhoření.

K prozkoumání tohoto předpokladu jsem vyhodnotila otázky 4 a 6.

Otázka 4. Používáte nějaké techniky pro uvolnění a zmírnění stresu?



Obrázek 14. Graf používání technik proti stresu

Tabulka 14.		
Používáte nějaké techniky pro uvolnění a zmírnění stresu?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	43	48%
ne	13	14%
občas	34	38%

Otázka 6. Jakým způsobem obvykle odpočíváte?



Obrázek 16. Graf obvyklý způsob odpočinku

Tabulka 16.		
Jakým způsobem obvykle odpočíváte?	absolutní četnost	relativní četnost
aktivně (sport, procházka apod.)	15	17%
pasivně (TV, četba apod.)	16	18%
aktivně i pasivně	59	65%

(80%) používá nějaké techniky pro uvolnění a zmírnění stresu. Z toho ano odpovědělo (47%) dotazovaných a (33%) je používá občas. (20%) nepoužívá žádné techniky ke zmírnění stresu. Více než polovina dotazovaných (65%) odpočívá tak, že kombinuje aktivní a pasivní odpočinek. (17%) respondentů odpočívá převážně aktivně. Převážně pasivně odpočívá (18%) respondentů.

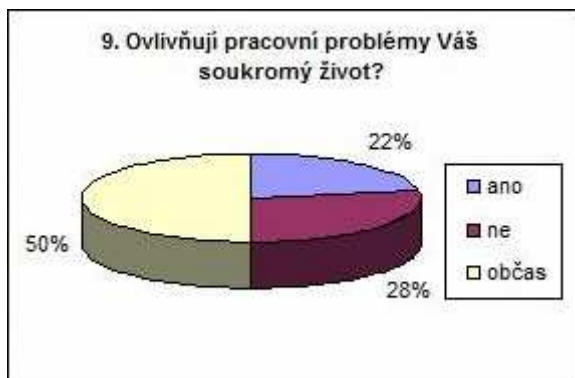
Hypotéza: Domnívám se, že 60% dotazovaných respondentů nepoužívá opatření minimalizující rozvoj syndromu vyhoření, se nepotvrdila.

9.3 Hypotéza číslo 3.

Předpokládám, že 60% sester ovlivňují pracovní problémy jejich soukromý život.

Při vyhodnocení této hypotézy jsem vycházela z otázek číslo 9, 8 a 10.

Otázka 9. Ovlivňují pracovní problémy Váš soukromý život?

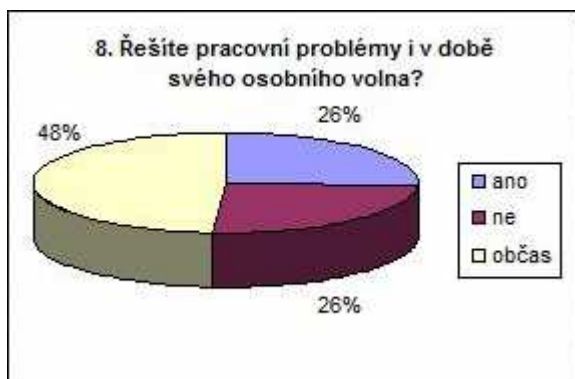


Obrázek 19. Graf ovlivnění soukromého života prac. problémy

Tabulka 19.		
Ovlivňují pracovní problémy Váš soukromý život?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	20	22%
ne	25	28%
občas	45	50%

(72%) dotazovaných ovlivňují pracovní problémy jejich soukromý život, z toho (50%) uvedlo možnost občas a (22%) odpovědělo ano. Pracovní problémy neovlivňují život (28%) sester.

Otázka 8. Řešíte pracovní problémy i v době svého osobního volna?



Tabulka 18.

Řešíte pracovní problémy i v době svého osobního volna?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	23	26%
ne	23	26%
občas	44	48%

Obrázek 18. Graf řešení prac. problému v době osobního volna

Více než polovina dotazovaných (74%) řeší pracovní problémy i v době svého osobního volna. Ano odpovědělo (26%) a občas (48%). Naopak (26%) sester odpovědělo ne.

Otázka 10. Myslíte si, že máte kvalitní rodinné zázemí, které je Vám oporou ve Vaší profesi?



Tabulka 20.

Myslíte si, že máte kvalitní rodinné zázemí, které je Vám oporou ve Vaší profesi?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	82	91%
ne	8	9%

Obrázek 20. Graf znázorňující rodinné zázemí sester

(91%) sester udává, že jejich rodina je jim oporou v jejich profesi. Opak si myslí pouze (9%) respondentů, kteří udávali v rozhovoru, že jejich rodina nemá příliš pochopení pro jejich profesi.

Přes (70%) sester řeší svoje pracovní problémy v době svého osobního volna. Pravděpodobně to pak ovlivňuje i jejich soukromý život i přesto, že většina z nich uvádí, že má kvalitní rodinné zázemí, které je jim oporou v jejich profesi.

Hypotéza: Předpokládám, že 60% sester ovlivňují pracovní problémy jejich soukromý život, se potvrdila.

9.4 Hypotéza číslo 4.

Domnívám se, že sestry s vysokoškolským vzděláním podléhají méně syndromu vyhoření, než sestry s nižším vzděláním.

K potvrzení nebo vyvrácení této hypotézy jsem použila stejné otázky ze speciální části dotazníku, které nějakým způsobem souvisí se vznikem syndromu vyhoření. Srovnávala jsem skupinu respondentů s vysokoškolským vzděláním (VŠ) s respondenty, kteří nemají vysokoškolské vzdělání.

Otázka 1. Používáte nějaké techniky pro uvolnění a zmírnění stresu?

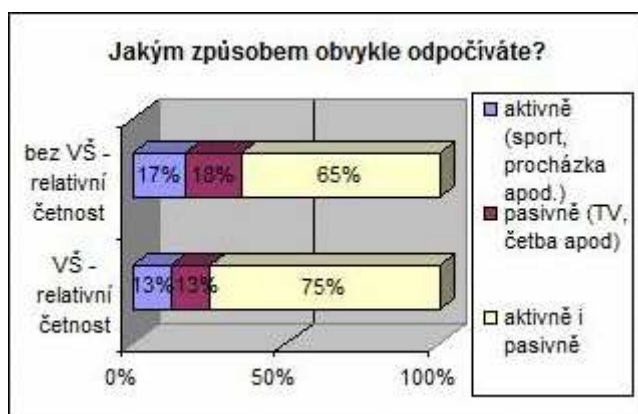


Obrázek 36. Graf používání technik proti stresu z hlediska vzdělání

Tabulka 36.				
Používáte nějaké techniky pro uvolnění a zmírnění stresu?	Vš - relativní četnost	Bez VŠ - relativní četnost	Vš - absolutní četnost	Bez VŠ - absolutní četnost
ano	25%	50%	2	41
ne	13%	15%	1	12
občas	63%	35%	5	29

(88%) vysokoškolsky vzdělaných sester používá techniky pro uvolnění a zmírnění stresu. Z toho (25%) odpovědělo ano a (63%) občas. (13%) odpovědělo ne. U sester s nižším vzděláním odpovědělo ano nebo občas (85%) respondentů. Z toho ano (20%) a občas (35%). (15%) odpovědělo ne. Při srovnání obou skupin jsou výsledky podobné a není patrný velký rozdíl.

Otázka 2. Jakým způsobem obvykle odpočíváte?

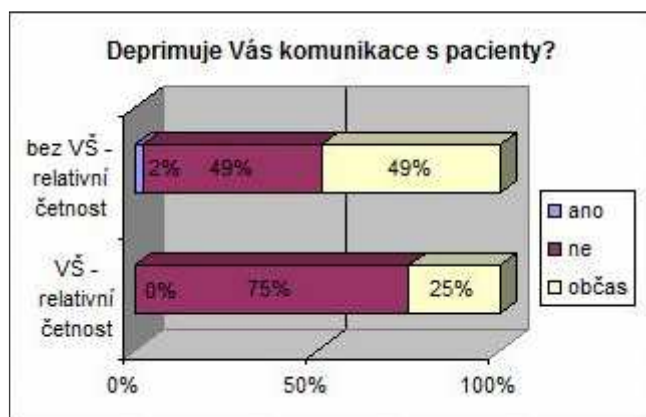


Obrázek 37. Graf obvyklý způsob odpočinku z hlediska vzdělání

Tabulka 37.				
Jakým způsobem obvykle odpočíváte?	VŠ - relativní četnost	Bez VŠ - relativní četnost	VŠ - absolutní četnost	Bez VŠ - absolutní četnost
aktivně (sport, procházka apod.)	13%	17%	1	14
pasivně (TV, četba apod.)	13%	18%	1	15
aktivně i pasivně	75%	65%	6	53

(75%) vysokoškoláků kombinuje aktivní a pasivní odpočinek. (13%) odpočívá převážně aktivně a (13%) pouze pasivně. U skupiny sester s nižším vzděláním odpočívá aktivně i pasivně (65%) respondentů a (17%) převážně aktivně. (18%) odpočívá převážně pasivně. Vysokoškoláci kombinují více aktivní a pasivní odpočinek a méně odpočívají pasivně. Oproti druhé skupině respondentů s nižším vzděláním však používají v menší míře převážně aktivní odpočinek.

Otázka 3. Deprimuje Vás komunikace s pacienty?



Obrázek 38. Graf deprivace při komunikaci s pacienty z hlediska vzdělání

Tabulka 38.				
Deprimuje Vás komunikace s pacienty	VŠ - relativní četnost	Bez VŠ - relativní četnost	VŠ - absolutní četnost	Bez VŠ - absolutní četnost
ano	0%	2%	0	2
ne	75%	49%	6	40
občas	25%	49%	2	40

(25%) vysokoškolsky vzdělaných sester občas deprimuje komunikace s pacienty. Ano neodpověděl nikdo ze sester s (VŠ) vzděláním. (75%) sester s (VŠ) vzděláním komunikace s pacienty nedeprimuje. U skupiny sester s nižším vzděláním odpovědělo ano (2%) dotazovaných a občas (49%). Komunikace s pacienty nedeprimuje (49%) sester s nižším vzděláním. U této otázky je jasně patrné, že komunikace s pacienty více deprimuje sestry s nižším vzděláním, než sestry vysokoškolačky.

Otázka 4. Cítíte se extrémně vyčerpaní po příchodu z práce?

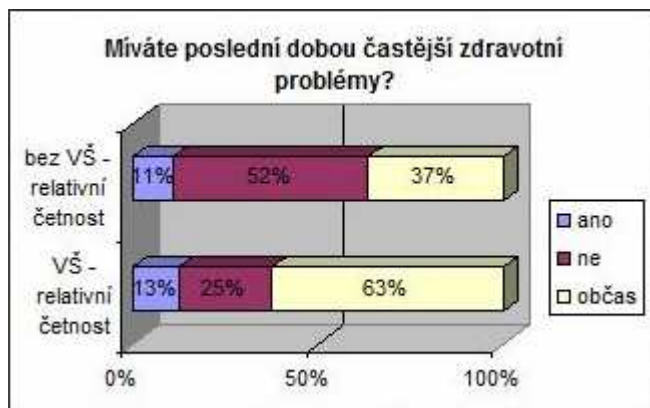


Obrázek 39. Graf extrémního vyčerpání po příchodu z práce z hlediska vzdělání

Tabulka 39.				
Cítíte se extrémně vyčerpání po příchodu z práce?	Vš - relativní četnost	Bez Vš- relativní četnost	Vš - absolutní četnost	Bez Vš- absolutní četnost
ano	13%	32%	1	26
ne	13%	17%	1	14
občas	75%	51%	6	42

(88%) vysokoškolsky vzdělaných sester se cítí extrémně vyčerpaně po příchodu z práce. Odpověď ano udává (13%) a občas (75%). Extrémní vyčerpání necítí (13%) dotazovaných sester s (VŠ) vzděláním. Ze skupiny sester s nižším vzděláním cítí extrémní vyčerpání po příchodu z práce (83%) respondentů. Z toho (32%) odpovědělo ano a (51%) občas. (17%) uvedlo odpověď ne. Sestry s nižším vzděláním se cítí o něco méně extrémně vyčerpané po příchodu z práce, než jejich kolegyně s vysokoškolským vzděláním.

Otázka 5. Míváte poslední dobou častější zdravotní problémy?



Obrázek 40. Graf zdravotní problémy z hlediska vzdělání

Tabulka 40.				
Míváte poslední dobou častější zdravotní problémy?	Vš - relativní četnost	Bez Vš- relativní četnost	Vš - absolutní četnost	Bez Vš- absolutní četnost
ano	13%	11%	1	9
ne	25%	52%	2	43
občas	63%	37%	5	30

Možnost ano nebo občas označilo (76%) sester s vysokoškolským vzděláním, (25%) častější zdravotní problémy neudává. Ve skupině sester s nižším vzděláním označilo odpověď ano nebo občas (48%) dotazovaných a (52%) nemívá častější zdravotní problémy. Je tedy zřejmé, že v tomto případě mají vysokoškolsky vzdělané sestry častější zdravotní problémy, než sestry s nižším vzděláním.

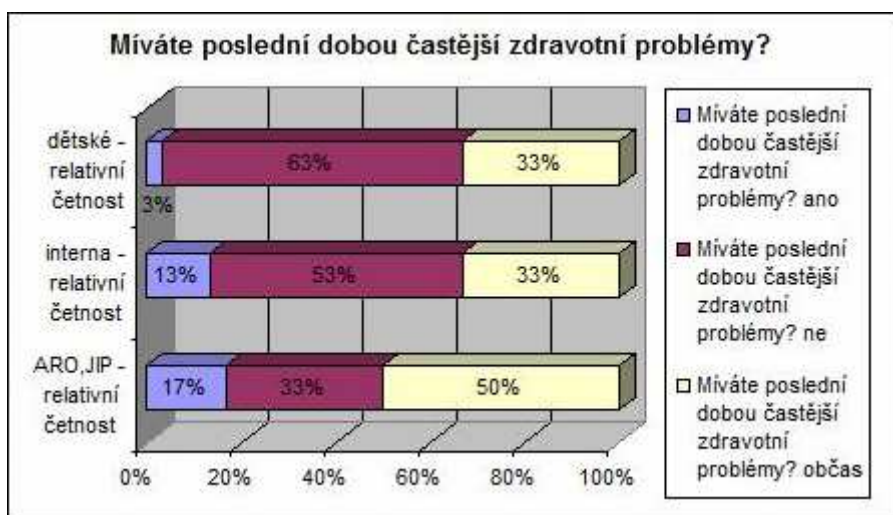
Při vyhodnocení a porovnání otázek vyšlo najevo, že: Obě skupiny ve stejném procentu používají techniky k uvolnění a zmírnění stresu. Vysokoškolsky vzdělané sestry více kombinují aktivní a pasivní odpočinek a méně je deprimuje komunikace s pacienty. Cítí se ale častěji extrémně vyčerpané po příchodu z práce a mají i častější zdravotní problémy, než sestry s nižším vzděláním. Vzhledem k tomu, že počet vysokoškolsky vzdělaných sester byl nízký oproti ostatním, musíme brát výsledky s určitou rezervou. Při vyhodnocení výsledků jsem nedošla k závěru, že by výskyt syndromu vyhoření závisel na výšce dosaženého vzdělání. **Hypotéza: Domnívám se, že sestry s vysokoškolským vzděláním podléhají méně syndromu vyhoření, než sestry s nižším vzděláním, se nepotvrdila.**

9.5 Hypotéza číslo 5.

Předpokládám, že sestry z oddělení ARO a JIP se cítí po příchodu z práce častěji extrémně vyčerpané, než sestry z dětského a interního oddělení.

Pro vyhodnocení této hypotézy jsem použila otázku číslo 17 a ještě pro zajímavost jsem ji porovnála s otázkou číslo 16, jelikož se domnívám, že spolu úzce souvisí.

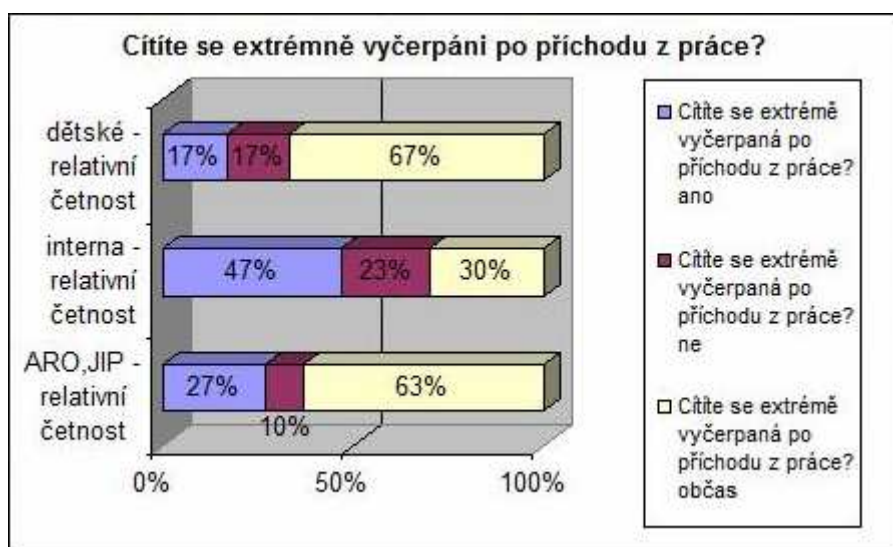
Otázka 16. Míváte poslední dobou častější zdravotní problémy?



Obrázek 41. Graf zdravotní problémy na jednotlivých odděleních

Tabulka 41.						
Míváte poslední dobou častější zdravotní problémy?	ARO,JIP - relativní četnost	interna - relativní četnost	dětské - relativní četnost	ARO,JIP - absolutní četnost	interna - absolutní četnost	dětské - absolutní četnost
ano	17%	13%	3%	5	4	1
ne	33%	53%	63%	10	16	19
občas	50%	33%	33%	15	10	10

Otázka 17. Cítíte se extrémně vyčerpaní po příchodu z práce?



Obrázek 42. Graf extrémního vyčerpání po příchodu z práce na jednotlivých odděleních

Tabulka 42.						
Cítíte se extrémně vyčerpaní po příchodu z práce?	ARO,JIP - relativní četnost	interna - relativní četnost	dětské - relativní četnost	ARO,JIP - absolutní četnost	interna - absolutní četnost	dětské - absolutní četnost
ano	27%	47%	17%	8	14	5
ne	10%	23%	17%	3	7	5
občas	63%	30%	67%	19	9	20

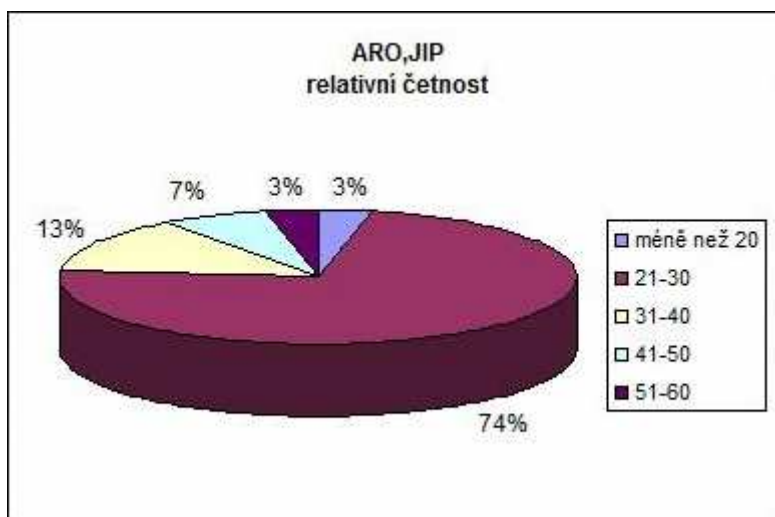
Na odděleních ARO a JIP udává zdravotní problémy celkem (67%) respondentů, z toho ano odpovědělo (17%), občas (50%). (33%) odpovědělo, že nemají častější zdravotní problémy. Na interních odděleních pak udává zdravotní problémy dohromady (46%), z toho ano odpovědělo (13%), občas (33%) dotazovaných. (53%) nemívá častější zdravotní problémy. Na dětském oddělení udává zdravotní problémy celkem (36%), z toho ano odpovědělo (3%), občas (33%) respondentů. (63%) nemá častější zdravotní problémy. Na odděleních ARO a JIP se extrémně vyčerpaně po příchodu z práce cítí celkem (90%) dotazovaných, z toho ano odpovědělo (27%), občas (63%). Pouze (10%) odpovědělo ne.

Na interních odděleních cítí extrémní vyčerpání dohromady (77%) respondentů, z toho ano odpovědělo (47%), občas (30%). (23%) odpovědělo ne. Na dětském oddělení se cítí extrémně vyčerpaně celkem (84%) dotazovaných, z toho ano odpovědělo (17%), občas (67%). Odpověď ne označilo (17%) respondentů.

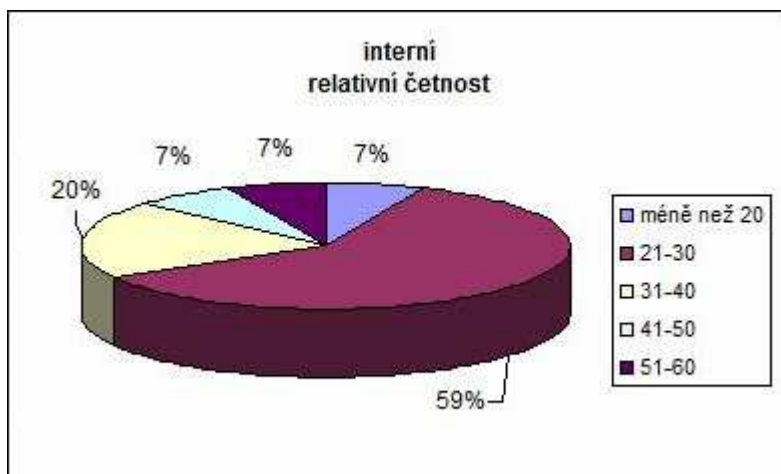
Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce extrémně vyčerpané po příchodu z práce jsou sestry pracující na odděleních ARO a JIP. Na druhém místě je dětské oddělení, které předstihlo internu. **Hypotéza: Předpokládám, že sestry z oddělení ARO a JIP se po příchodu z práce cítí častěji extrémně vyčerpané, než sestry z dětského a interního oddělení, se potvrdila.**

To, že sestry pracující na odděleních ARO a JIP jsou nejvíce extrémně vyčerpané, není až tak překvapivé. Alarmující je spíše fakt, že udávají nejvíc zdravotních problémů i přes svůj nízký věk. Zde je pro názornost rozdělení věkových skupin na jednotlivých odděleních.

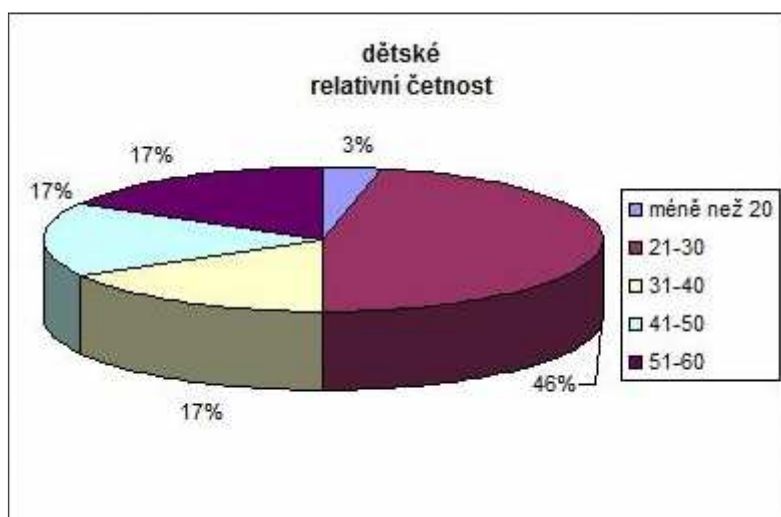
Tabulka 43.						
Věk	ARO,JIP relativní četnost	ARO,JIP absolutní četnost	interna relativní četnost	interna absolutní četnost	dětské relativní četnost	dětské absolutní četnost
méně než 20	3%	1	7%	2	3%	1
21-30	73%	22	60%	18	47%	14
31-40	13%	4	20%	6	17%	5
41-50	7%	2	7%	2	17%	5
51-60	3%	1	7%	2	17%	5



Obrázek 43. Graf věkových skupin na ARO a chirurgii JIP



Obrázek 44. Graf věkových skupin na interně



Obrázek 45. Graf věkových skupin na dětském oddělení

Z těchto grafů je zřejmé, že věkově nejmladší zastoupení personálu mají oddělení ARO a JIP. Přesto však udávají tyto sestry zdravotní problémy ve vyšším procentu, než jejich starší kolegyně na ostatních odděleních. Z toho je jasně patrné, jak velmi náročná a vyčerpávající je práce na těchto odděleních.

10 Závěr a zhodnocení výzkumu

V mé bakalářské práci jsem se zabývala syndromem vyhoření u zdravotních sester. Cílem mé práce bylo zmapovat výskyt syndromu vyhoření v práci zdravotní sestry.

V teoretické části jsem se snažila shrnout dosavadní poznatky a informace o syndromu vyhoření. Popsala jsem jak působí stres a zátěže ve zdravotnictví v práci zdravotní sestry, příznaky stresu, profesi sestry a vztah sestry a lékaře. Dále jsem se věnovala samotnému syndromu vyhoření, jeho příznakům a stádiím. Naznačila jsem dopady syndromu vyhoření na práci s lidmi a co je třeba udělat pro prevenci a nápravu vyhoření. Na závěr jsem popsala některé výzkumné studie o výskytu syndromu vyhoření. V empirické části jsem pomocí dotazníkové metody provedla výzkumné šetření na odděleních ARO, chirurgická JIP, interny a dětském oddělení. Díky tomuto šetření jsem zjistila, které faktory vedou ke vzniku syndromu vyhoření a které naopak nikoliv, čímž jsem si potvrdila nebo vyvrátila hypotézy, které jsem si stanovila na začátku výzkumu.

Mezi podstatné a zajímavé výsledky průzkumného šetření patří zjištění, že syndrom vyhoření pravděpodobně nezávisí na výšce dosaženého vzdělání. Na čem ale závisí, to je typ oddělení, na kterém sestry pracují. Z výzkumu dále vyplynulo, že za zátěžová pracoviště lze považovat oddělení akutní a intenzivní péče, v tomto případě to jsou ARO a chirurgická JIP. Na těchto odděleních sestry udávaly nejčteněji extrémní vyčerpání po návratu z práce a nejčtenější zdravotní problémy. Riziko vzniku syndromu vyhoření pravděpodobně závisí i na délce vykonávané praxe ve zdravotnictví. Výsledky výzkumu ukázaly, že syndromu vyhoření mohou podlehnout snadněji sestry s kratší praxí, než sestry s praxí nad 20 let. Obecným rizikovým faktorem vzniku syndromu vyhoření je to, že více než polovina sester řeší svoje pracovní problémy v době svého osobního volna a tyto problémy pak pravděpodobně ovlivňují i jejich soukromý život. Pozitivním zjištěním a zároveň preventivním opatřením je ten fakt, že většina sester používá techniky pro uvolnění a zmírnění stresu, odpočívá po práci kombinací aktivních a pasivních aktivit a také má kvalitní rodinné zázemí, které je jim oporou v jejich profesi.

Došla jsem k závěrům práce, z nichž mohu konstatovat:

Hypotéza 1. Předpokládám, že k syndromu vyhoření mají blíže sestry s více jak dvacetiletou praxí, tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 2. Domnívám se, že 60% sester nepoužívá žádné techniky k uvolnění a zmírnění stresu, tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 3. Myslím si, že vysokoškolsky vzdělané sestry podléhají méně syndromu vyhoření, než sestry s nižším vzděláním, tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 4. Předpokládám, že 60% sester ovlivňují pracovní problémy jejich soukromý život, tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 5. Domnívám se, že sestry z oddělení ARO a JIP jsou po návratu z práce více extrémně vyčerpané, než sestry z interního a z dětského oddělení, tato hypotéza se potvrdila.

Komplexním vyhodnocením výzkumu jsem zjistila plno zajímavých a podstatných informací o syndromu vyhoření. Tento problém je velmi aktuální, ale bohužel v praxi často podceňován a bagatelizován. Za podstatné považuji zvýšit informovanost jak jednotlivce, tak i vedení nemocnic a včas řešit případné problémy vyhledáním odborné pomoci. Samozřejmostí by měla být prevence, která by měla probíhat na úrovni vedení i jednotlivce. Vedení by se mělo snažit zajistit co nejlepší pracovní podmínky, správně organizovat práci, umožnit sestrám další vzdělávání. Jednotlivec předchází riziku vzniku syndromu vyhoření tím, že dostatečně odpočívá a to jak po fyzické, tak po psychické stránce. Udržuje kontakty s přáteli a s rodinou. Snaží se dodržovat zdravý životní styl.

Věřím, že výsledky průzkumného šetření této bakalářské práce budou užitečné nejenom mně, ale rozšíří i informovanost všech zúčastněných respondentů. Na výsledky této práce bych ráda navázala i při mém dalším studiu a vzdělávání.

11 Použitá literatura

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. s. 86. ISBN 80-7013-439-9.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 416. ISBN 80-7178-735-3.

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac.a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing. 2005. s. 188. ISBN 80-7013-416-X.

HAWKINS, Peter. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 216. ISBN 80-7178-715-9.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. s. 148. ISBN 80-7178-318-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 80. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s.136. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 280. ISBN 80-7178-551-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 444. ISBN 80-7178-678-0.

VOLLMEROVÁ, Helga. *Pryč s únavou, syndrom vyprahlosti*. 1. vyd. Praha: Motto, 1998. s. 167. ISBN 80-85872-90-0.

12 Seznam příloh a tabulek

Tabulka 1. Fáze reakce na stres.

Tabulka 2. Etický kodex zdravotních sester.

Tabulka 3. Stresory a salutory.

Tabulka 4. Způsoby zvládání stresu.

Tabulka 5. Syndrom vyhoření u sester pracujících na urgentní péči.

Příloha 1. Dotazník

13 Tabulky a přílohy

Tabulka 1. Fáze reakce na stres.

1.Fáze uvědomění zátěže.	Prožívání a interpretace určité situace jako stresové. Způsob jakým člověk vnímá potenciální stresovou situaci. Závisí na jeho zkušenosti, aktuálním stavu, schopnostech a na sociální podpoře.
2.Fáze aktivace psychických obranných reakcí.	Popírání reality, tendence k izolaci ze situace, která je vnímána jako zátěžová.
3.Fáze aktivace fyziologických reakcí.	Fyziologické adaptační mechanismy, které jsou spuštěny psychickými podněty.
4.Fáze zvládání- coping.	Hledání strategií, které vedou k odstranění nebo zmírnění účinků stresu.
5.Fáze prvních chorobných příznaků.	Uvědomění si, že jde o závažné a trvalé potíže.
6.Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy.	Nejčastěji jde o psychosomatické onemocnění.

(Vágnerová,1999.)

Tabulka 2. Etický kodex zdravotních sester.

Etický kodex zdravotních sester 1953
1.Profesionální péče o zdraví.
2.Prevence, tišení bolesti.
3.Péče o pacienta, rodinu a společnost.
4.Respektování víry jednotlivce a individualit.
5.Ochrana informací o pacientech.
6.Odpovědnost za kvalitu péče.
7.Neustálé a soustavné odborné vzdělávání sester.
8.Dodržování ošetrovatelských standardů na nejvyšší úrovni.
9.Svým jednáním sestra musí zvyšovat prestiž povolání.
10.Komunikuje a jedná s ostatními.
11.Nedovolí zhoršení poměrů v práci.

Tabulka 3. Stresory a salutory.

Stresory	Salutory
Špatné vztahy na pracovišti.	Setkávání se s různorodými lidmi.
Nedostatek podpory.	Pomoc druhým lidem.
Nevhodný přístup nadřízených.	Pocit uspokojení z dobře vykonané práce.
Nadměrná emocionální zátěž.	Radost, podaří-li se nemocného uzdravit.
Dlouhodobě negativní energetická bilance.	Pestrost a proměnlivost práce.
Nedostatek radosti v profesionálním i v osobním životě.	Pocit smysluplnosti a zaujetí pro práci.
Ztráta ideálů při vstupu do zaměstnání.	Získávání nových zkušeností a dovedností.
Nevyhovující pracovní podmínky.	Bezprostřední ocenění vlastní práce pacientem nebo viditelnými pokroky v léčení.
Přetíženost.	Vysoký společenský statut.
Vyžadování velké zodpovědnosti.	Zvýšení osobních kompetencí při náročné práci.

(Bartošíková,2006.)

Tabulka 4. Způsoby zvládání stresu.

1.Útok	Tendence bojovat s nepřijatelnou situací. Útok je zaměřen na zdroj ohrožení, na náhradní objekt nebo vůči sobě samému.
2.Únikové reakce	Jedinec se snaží zbavit ohrožující situace.
a)Popření	Přijímání jen takových informací, které nejsou pro jedince ohrožující.
b)Vytěsnění, potlačení	Tendence zbavit se pocitů a myšlenek, které jsou nepříjemné a nepřijatelné.
c)Fantazie	Pomáhá nahradit nesnesitelné zážitky jinými, jež jsou uspokojující.
d)Racionalizace	Pokus o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením. Traumatizující situace je přijatelnější, ale zkreslená.
e)Regrese	Vyjadřuje potřebu závislosti a podpory na okolí. Je únikem na vývojově nižší úrovni chování např. u těžce nemocného člověka, který se upíná na lékaře jako na autoritu.
f)Identifikace	Pokus o posílení vlastní hodnoty ztotožněním s někým, koho lze obdivovat, snižuje se tak pocit méněcennosti.
g)Substituce	Náhrada jednoho nedosažitelného uspokojení jiným, jež se jeví jako dostupné.
h)Rezignace	Výraz postoje v dlouhodobé zátěžové situaci, kdy se předem vzdává uspokojení, protože je považuje za nedosažitelné.

(Vágnerová 1999.)

Tabulka 5. Syndrom vyhoření u sester pracujících na urgentní péči.

<p>Na pracovišti sestry projevují příznaky vyhoření za těchto podmínek:</p>	<p>Nadřízené nezajímá psychický stav sester.</p> <p>Nadřízené málo chválí.</p> <p>Nadřízené hodně kritizují.</p> <p>Nadřízené nevidí oprávněnost požadavků sester.</p> <p>Nadřízené nehledají řešení, která by vyhovovala.</p> <p>Na oddělení dochází k častým nedorozuměním.</p> <p>Sestry nemají informace o provozu pracoviště.</p>
---	--

(Alena Kocmanová, centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Brno.)

Příloha 1. Dotazník

Analýza výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester

Dobrý den, ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní a má za cíl zmapovat četnost a riziko výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester, v rámci mé bakalářské práce na Technické univerzitě v Liberci, Ústavu zdravotnických studií. Označte křížkem, vždy jenom jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za spolupráci.

Hana Levová

Studentka 3. ročníku

I. Základní statistické údaje

- | | | |
|---------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Jaké je Vaše vzdělání? | středoškolské | <input type="checkbox"/> |
| | středoškolské
(se specializací) | <input type="checkbox"/> |
| | vyšší odborné | <input type="checkbox"/> |
| | vysokoškolské | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kolik Vám je let? | méně než 20 | <input type="checkbox"/> |
| | 21-30 | <input type="checkbox"/> |
| | 31-40 | <input type="checkbox"/> |
| | 41-50 | <input type="checkbox"/> |
| | 51-60 | <input type="checkbox"/> |

3. Na jakém oddělení pracujete?	interní	<input type="checkbox"/>
	dětské	<input type="checkbox"/>
	ARO, JIP	<input type="checkbox"/>
4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	méně než jeden rok	<input type="checkbox"/>
	1 - 5 let	<input type="checkbox"/>
	5 - 10 let	<input type="checkbox"/>
	10 - 20 let	<input type="checkbox"/>
	20 - 40 let	<input type="checkbox"/>

II.

1. Co Vás ve Vaší práci nejvíce zatěžuje? nedostatek času

vzácně ☐

občas ☐

často ☐

pracovní doba vzácně ☐

občas ☐

často ☐

velká zodpovědnost vzácně ☐

občas ☐

často ☐

vztahy na pracovišti vzácně ☐

občas ☐

často ☐

pracovní prostředí vzácně ☐

občas ☐

často ☐

psychická zátěž	vzácně	<input type="checkbox"/>
	občas	<input type="checkbox"/>
	často	<input type="checkbox"/>

fyzická zátěž	vzácně	<input type="checkbox"/>
	občas	<input type="checkbox"/>
	často	<input type="checkbox"/>

2. Domníváte se, že nejste schopna(schopen) udržet kvalitní ošetrovatelskou péči?

ano	<input type="checkbox"/>
ne	<input type="checkbox"/>
občas	<input type="checkbox"/>

3. Pokud ano, či občas, z jakého to je nejčastěji důvodu?

nedostatek financí	<input type="checkbox"/>
nedostatek personálu	<input type="checkbox"/>
nedostatek času	<input type="checkbox"/>

4. Používáte nějaké techniky pro uvolnění a zmírnění stresu, (Např. četba, hudba, relaxační techniky atd.)?

ano ☐

ne ☐

občas ☐

5. Myslíte si, že se stravujete pravidelně a zdravě? ano ☐

ne ☐

nevím ☐

6. Jakým způsobem obvykle odpočíváte? aktivně ☐
(sport, procházka apod.)

pasivně ☐
(TV, četba apod.)

aktivně i pasivně ☐

7. Jste spokojen(a) se svými pracovními podmínkami? ano ☐

ne ☐

8. Řešíte pracovní problémy i v době svého osobního volna?

ano ☐

ne ☐

občas ☐

9. Ovlivňují pracovní problémy Váš soukromý život? ano

☐

ne ☐

občas ☐

10. Myslíte si, že máte kvalitní rodinné zázemí, které je Vám oporou ve Vaší profesi?

ano ☐

ne ☐

11. Připadá Vám Vaše práce užitečná?

ano ☐

ne ☐

nevím ☐

12. Dostáváte se v práci často do konfliktů? ano- s pacienty ☐
příbuznými, či návštěvou

ano- s ostatním ☐

zdravotnickým personálem

ano- s pacienti ☐

příbuznými, návštěvou

i s ostatním zdravotnickým

personálem

ne ☐

13. Stává se Vám, že i při vynaložení značného úsilí se nedostavují žádné pozitivní pracovní výsledky?

ano

ne ☐

občas ☐

14. Stává se Vám, že cítíte při práci znechucení? ano ☐

ne ☐

občas ☐

15. Deprimuje Vás komunikace s pacienty? ano ☐

ne ☐

občas ☐

16. Míváte poslední dobou častější zdravotní problémy? ano ☐

ne ☐

občas ☐

17. Cítíte se extrémně vyčerpání po příchodu z práce? ano ☐

ne ☐

občas ☐

18. Myslíte si, že práce zdravotní sestry má dostatečnou společenskou prestiž?

ano ☐

ne ☐

19. Myslíte si že je na Vašem pracovišti vztah sestry a lékaře v rovnoprávném vztahu?

ano ☐

ne ☐

20. Myslíte si, že je Vaše práce dostatečně finančně ohodnocená?

ano ☐

ne ☐